Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	4 „	6 „

Kraków, 11 marca 1882. № 10. Rok XXI.

I. O śródbłoniakach i ich stosunku do raka.

Podał prof. **Browicz**.
(Wykład na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 lutego 1882).

W roku 1869 wprowadził Golgi (referat w Archiwie Virchowa t. 51, p. 311) do nomenklatury anatomiczno-patologicznéj nazwę śródbłoniaka *(endothelioma)* odnosząc ją przedewszystkiém do nowotworu opony twardéj mózgowéj znanego pod różnemi mianami, jak np. *tumor fibroplasticus v. sarcomatosus* Leberta, *psammoma* Virchowa, *sarcome angiolithique* Cornila i Ranviera, *epithelioma* Robina. Golgi wykazał, iż nowotwór ten rozwija się z komórek t. zw. śródbłonkowych (*endothelium*), wchodzących w skład naczyń i pokrywających oponę. Nazwą śródbłonka oznaczamy, jak wiadomo, według Hisa (*Die Häute und Höhlen des Körpers* Basel 1865 p. 18), komórki pokrywające i wyścielające błony surowicze, torebki stawowe, torebki maziowe, wewnętrzną powierzchnię układu naczyniowego, jakoteż komórki tworzące ściany naczyń włosowatych tak krwionośnych jakoteż limfatycznych. Podobne komórki wchodzą w skład tkanki łącznéj jako t. zw. śródbłonkowate *(endothelioid)*. Według Hisa śródbłonek powstaje z téj saméj histologiczno-fizyjologicznéj grupy komórkowéj, z któréj powstaje między innemi tkanka łączna w ogóle. Nie wchodzę tu bliżéj w kontrowersyje, jakie istnieją między badaczami co do genetycznéj różnicy między przybłonkiem a śródbłonkiem. Ranvier np. *(traité technique* p. 233) odrzuca wprost owe odróżnienie genetyczne przez Hisa wprowadzone i oznacza wszystkie powłoki błon komórkowe, które są jednowarstwowe, bez względu z jakiéj grupy histologiczno-fizyjologicznéj pochodzą, jako śródblonki. Różnice morfotyczne jakoteż znaczenie fizyjologiczne niemniéj odmienny udział w sprawach patologicznych, (że wspomnę tu tylko o udziale tychże śródbłonków w sprawie t. zw. organizowania się zakrzepu w naczyniach), dają pokładom śródbłonkowym, zdaje mi się, odrębny charakter w obec innych grup komórkowych.

Wracając do właściwego tematu zaznaczyć mi wypada, iż już przed Golgim, bo w r. 1864, zwrócił Recklinghausen uwagę *(Arch. f. Ophthalm.* B. 10, p. 71), opisując nowotwór oczodołowy, na możebość wytwarzania się pasm i ognisk komórkowych wejrzenia przybłonkowego z śródbłonka naczyń limfatycznych.

Odtąd zwrócono uwagę na ten szczegół w histogenezie nowotworów i w literaturze spotykamy szereg [1]) przypadków nowotworowych, których początek odnoszą autorowie z mniejszą lub większą pewnością do śródbłonkowych pokładów przedewszystkiém naczyń limfatycznych. Jakkolwiek bowiem udział śródbłonka naczyń krwionośnych w sprawach patologicznych nie ulega wątpliwości, jak np. w organizowaniu się zakrzepu, o czém już powyżéj wspomniałem, daléj w procesach zapalnych, w których znajdujemy niekiedy wybitny pokład wielowarstwowy bujającego śródbłonka (w naczyniach krwionośnych opon mózgowych można to spostrzegać) i w których niekiedy przychodzi do zupełnego zamknięcia i zarośnięcia naczynia, to jednakowoż śródbłonek tychże naczyń nie bywa punktem wyjścia śródbłoniaków a przynajmniéj dotąd nie spostrzeżono tak częstego udziału tegoż jak w naczyniach limfatycznych; o ile mi bowiem wiadomo, z wyjątkiem przypadku Klebsa (*Prager med. Wochenschrift* Nr. 4 i 5, 1876, przypadek przez Klebsa zwanego *Carcinoma haemangiomatosum v. Haemangioma carcinoma-*

[1]) Pagenstecher „Virch. Arch.“ t. 45, p. 490. — Neumann „Arch. d. Heilk.“ t. 13, p. 305. — Michel „Arch. d. Heilk.“ t. 14, p. 39.— Bizzozero „Oester. Jahrb.“ 1874 3 i 4 zeszyt. — Tillmanns „Arch. d. Heilk.“ t. 14 p. 540. — Wagner „Arch. d. Heilk.“ t. 11, p. 509. — Schultz „Arch. d. Heilk.“ t. 17, p. 1. — Köster „Virchow Arch.“ t. 40, p. 468. — Eberth „Virch. Arch.“ t. 49, p. 48. — Eppinger „Prager Vierteljschr.“ t. 126, p. 17. — Eppinger „Prager med. Wochenschr.“ Nr. 4 i 5, 1876. — Classen „Virchow Arch.“ t. 50, p. 57. — Arndt „Virch. Arch.“ t. 51, p. 495. — Rustizky „Virch. Arch.“ t. 59, p. 191.

tosum), w którym tenże naczynia krwionośne jako punkt wyjścia nowotworu uważa, nie znamy dotychczas innych w literaturze.

Tak pod względem zewnętrznego wejrzenia jako też pod względem struktury przedstawiają śródbłoniaki szereg odcieni. Zacząwszy od tworów drobnych guziczkowych rozsianych na błonach surowiczych, tworów brodawkowatych rozkrzewiających się niekiedy na kształt szyszkowin stożkowatych aż do guzów większéj objętości, jakie napotykamy na oponie mózgowéj twardéj lub nacieków rozlanych, jak np. w sieci, istnieje cały szereg odmian postaciowych, które i pod względem struktury jakoteż właściwości fizycznych różnią się od siebie znacznie. Różnice te pochodzą częścią od budowy tkanek, w których nowotwór się rozwija, po części od mniejszego lub większego udziału tkanki łącznéj i naczyń krwionośnych w skład nowotworu wchodzących, a wreszcie od zmian regresywnych powstających w elementach nowotworowéj tkanki. Począwszy bowiem od formy twardéj, w któréj jak na oponie mózgowéj twardéj komórki płytkowe, wielokształtne, przeźroczyste, niekiedy o niewyraźném jądrze, warstwowo ułożone lub w twory cebulaste się grupujące, tworzą prawie jedyny składnik zbitéj tkaniny, w któréj tkanka łączna i naczynia nieznaczny udział biorą, aż do owych form miękkich, niekiedy galaretowatego wejrzenia, przedstawiających budowę jamistą złożoną z wybitnego podścieliska tkankołącznego i ognisk różnokształtnych komórkowych, które to komórki są niekiedy łudząco do komórek przybłonkowych podobne (odmiana nazwana przez Wagnera rakiem śródbłonkowym), istnieje cały szereg pośrednich odmian, które mimo wspólnego pochodzenia pomiędzy sobą się różnią. Nowotwory, które uważamy dzisiaj jako powstające z pokładów śródbłonkowych, znane są Panom pod nader rozmaitemi nazwami. Powyżéj nadmieniłem, jak różnemi mianami oznaczono nowotwory śródbłonkowe wychodzące z opon mózgowych, jakoteż wspomniałem o t. zw. raku śródbłonkowym Wagnera. Do rzędu śródbłoniaków w ogóle zaliczyć należy perlaki *(cholesteatoma)*, *angiosarcomata plexiformia* Waldeyera, niektóre przynajmniéj ohlaki *(cylindroma)* Billrotha, jak to z opisów Köstera l. c., Sattlera *(Ueber d. sogenannten Cylindrome und deren Stellung im onkologischen System. Berlin 1874)*, Ewetskiego (*Virchow Arch.* 69, p. 36) wypływa; Rindfleischa *Epithelioma myxomatodes psammosum cerebri, Papilloma piae matris perivasculare (Pathol. Gewebelehre* 1878 p. 621). Nazwy te oznaczają rozmaite odmiany nowotworów pochodzenia śródbłonkowego.

Nowotwory śródbłonkowe pojawiać się zwykły, o ile według dotychczasowych spostrzeżeń wnosić można, przedewszystkiém w tych miejscach i częściach ustroju, w których sieć naczyń limfatycznych jest najobfitszą a mianowicie w błonach surowiczych jak opłucna, otrzewna, opona miękka i twarda mózgu, daléj w płucach, w skórze. Zwracając uwagę na łudzące niekiedy podobieństwa pewnych odmian śródbłoniaków do przybłoniaków atypowych wnosić można, iż przypadki nowotworów przybłonkowych opisywane przez autorów jako pierwotne wśród tkanin fizyjologicznie przybłonka nie zawierających a których powstawanie odnoszono do zbłąkanych ognisk przybłonkowych z czasów rozwoju płodowego istniejących, jak np. w układzie kostnym, odnieść może należy do nowotworów z pokładów śródbłonkowych się rozwijających.

Pomiędzy poszczególnemi odmianami śródbłoniaków jedne, jak śródbłoniaki opony mózgowéj twardéj, mają czysto lokalne znaczenie, inne jak t. zw. *angiosarcomata* odnawiają się, rzadko tworzą przerzuty (Kolaczek, *Uber das Angiosarcom, Deutsche Zeitschr. f. Chir.* t. 9), inne zaś tworzą rozległe nacieki, niszczą tkaniny, wśród których się rozwijają, tworzą przerzuty i wyniszczają stopniowo ustrój, jak to n. p. zdarza się z śródbłoniakami opłucny, płuc, otrzewny. Ze wszystkich odmian nowotworu śródbłonkowego zasługuje przedewszystkiém na uwagę ta forma, która w późniejszym okresie rozwoju przedstawia budowę do przybłoniaków atypowych zbliżoną, komórki téjże tak łudząco do przybłonkowych mogą być podobne, którą Wagner nazwał rakiem śródblonkowym a któréj typowe przypadki podają Wagner, Schulz, Eppinger.

Do szeregu tego dołączam krótki opis czterech przypadków śródbłoniaka otrzewny, które miałem sposobność badać. Dotyczą one wyłącznie kobiet. Nowotwór we wszystkich czterech przypadkach ograniczał się tylko do otrzewny, nigdzie w ustroju nie znajdowały się ani przerzuty ani też nigdzie w tkankach przybłonkowych nie było ogniska nowotworowego, na co baczną zwracałem uwagę. Z powodu tego ograniczenia się nowotworu do jamy otrzewnowéj i niemożebności pomięszania nowotworu z przybłoniakiem przypadki te nadawały się szczególnie do badania rozwoju nowotworu, do oznaczenia dokładnego i pewnego punktu wyjścia tegoż. Ponieważ zmiany w reszcie ustroju nie przedstawiały nic szczególnego i nie było żadnych zmian chociażby tylko podejrzanych o związek jakikolwiek z produkcyją nowotworową w otrzewnéj, dla tego przytaczam z protokołów oględzin tylko ustępy odnoszące się do jamy otrzewnowéj.

1) Marcela Hornikowska, l. 70. (Nr. 404 prot. z 2 lipca 1878). W jamie brzusznéj parę litrów płynu mętnego. Pętle jelitowe pozlepiane wypociną włóknikową, pokrywającą w postaci cienkiego nalotu otrzewnę jelitową. Na otrzewnéj gdzieniegdzie niejednostajnie nastrzykanej tak jelitowéj jakoteż ściennéj i krezkowéj, na torebce wątroby liczne szarawe, dosyć twarde guziczki wielkości główki szpilki, daléj mniéj liczne płaskie, miękkie, o brodawkowatéj powierzchni narośle wielkości ziarna grochu, na otrzewnéj ściennéj w kilku miejscach gęsto obok siebie skupione. Sieć nie przedstawiała zmian nowotworowych. Gruczoły limfatyczne śródbrzuszne małe, blade, zbite.

2) Karolina Zamarlik, l. 58. (Nr. 305 prot. z 20 kwietnia 1880). W jamie brzusznéj do 3 litrów cieczy jasnéj surowiczej, w któréj obfite, garaletowate, prawie przeźroczyste, lekko żółtawe skrzepy się znajdują. Sieć wielka skurczona w kształcie postronka do 2 cm. grubego, mięsistego, różowawoszaro zabarwionego o powierzchni guzowatej, nierównéj, guzy te pokryte drobniutkiemi brodaweczkami.

Na krezce i otrzewnéj jelitowéj liczne rozsiane guziczki szarawe, przeświecające, wielkości główki szpilki jakoteż guzy większe dochodzące wielkości orzecha laskowego, soczyste, miękkie. Otrzewna wyścielająca miednicę małą wysłana jednolitym prawie pokładem miękkiéj, białawéj masy w niektórych miejscach 2 mm. grubości mającéj o powierzchni drobniutkiemi brodaweczkami pokrytéj, gdzieniegdzie brodaweczki te są dłuższe, rozgałęziają się, przez co twory te przybierają wejrzenie szyszkowin stożkowatych *(condyloma acuminatum)*. Otrzewna ścienna i przeponowa przedstawiają taki sam obraz. Otrzewna w ogóle nie jest zgrubiałą. Gruczoły krezkowe małe, blade, gruczoły zaotrzewnowe nieco powiększone, twarde, blade,

jednostajnego na powierzchni rozkroju wejrzenia. Trzewa brzuszne nie przedstawiały również żadnych zmian jakikolwiekbądź związek ze sprawą nowotworową mieć mogących.

3) Gitla Friedmann l. 34 (Nr. 214 prot. z 20 marca 1881) zmarła w przebiegu duru osutkowego. W jamie brzusznéj do 2 litrów cieczy nieco mętnéj. Otrzewna blada, połyskująca, zasiana nader licznemi, płaskiemi, szarawemi guziczkami, przeważnie na otrzewnéj jelitowéj, mniéj na otrzewnéj ściennéj rozpostartemi. Otrzewna ścienna gdzieniegdzie zgrubiała, mleczno zabarwiona. Prócz zrostów między macicą a tylną ścianą miednicy nie ma innych zmian ni w trzewach ni téż ścianach brzusznych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O niezwykłym przebiegu i skutkach irydektomii w jaskrze.

Napisał Dr. B. Wicherkiewicz.

(Rzecz miana na posiedzeniu Sekcyi lek. Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu d. 9 lutego 1882).

Ogólne to jest zdanie, rozpowszechnione pomiędzy lekarzami, którzy częściéj mają sposobność wykonywać operacyje oczne, że do trudniejszych, jeżeli nie do najtrudniejszych, rękoczynów oftalmochirurgii zaliczyć trzeba irydektomiję w jaskrze, w pewnych mianowicie razach, w miarę postaci jaskry.

Mam tu na myśli, rozumie się samo przez się, operacyję wykonaną według przepisów i doświadczeniem uświęconych zasad, czyli innemi słowy, irydektomiję *„lege artis“* zrobioną.

Dla pewnych trudności, o których zaraz pomówimy, starano się już nieraz, od czasu, gdy Graefe nieśmiertelnym swoim pomysłem wykazał możebność usunięcia objawów jaskry przez irydektomiję, zastąpić tę pierwotnie przez niego za skuteczną podaną operacyję innym łatwiejszym rękoczynem.

Zdaniem mojém skutek operacyi w jaskrze zależy od wielu czynników i jak jaskra rozmaitemi może być wywołaną przyczynami, które sprawiają, że do dziś dnia zdania co do powstania tego cierpienia są podzielone (twardość i tęgość twardówki, zbytnie wydzielanie płynów śródgałkowych w skutek pobudliwości nerwów, dalej zaburzenia w krążeniu soków itd.) tak też, stósownie do tych powodów, raz ta, drugi raz owa operacyja, odpowiadająca lepiéj przyczynie, może błogi wywrzeć skutek.

Niestósownie wybrany i wykonany rękoczyn zawiedzie zawsze oczekiwania nasze, bez względu na to, czy tym rękoczynem jest przekłócie rogówki, lub nawet przecięcie twardówki, czyli tak zwana sklerotomija, a nawet sama klasyczna irydektomija nie mniéj pod tym względem bywa czasem niepomyślną.

Ostatnia jednakże najwięcéj zawiera w sobie czynników leczących czyli ustrój oka zmieniających. Bo, jak wiadomo, działa ona w jaskrze zmniejszając ciśnienie śródgałkowe, wytwarza nadto bliznę przesączającą, znosi pobudliwość nerwów w tęczówce zawartych (Donders), lub przez wycięcie zarazem licznych naczyń krwionośnych zmienia stosunek krążenia krwi w ustroju jagodowym. Każda zaś z tych okoliczności uważaną była przez rozlicznych autorów jako przeważnie lub jedynie jaskrę wywołującą.

Dotychczas jedyna sklerotomija zdołała w części współzawodniczyć z irydektomiją i przyznać trzeba, że pierwsza w nowszych czasach bardzo poważnych zyskała sobie przedstawicieli i zwolenników.

Lecz nie o niéj mówić chciałem, raczéj irydektomija niech zajmie na teraz naszą uwagę.

Jak wiadomo powszechnie irydektomija wykonywa się w ten sposób, że przekłówa się błonę rogową w części jéj najwięcéj obwodowéj i wprowadza do przedniéj komórki nóż prosty lub częściéj na płask po za ostrzem zgięty, zwany lancowatym, a następnie wycina się, chwyciwszy delikatnemi skrzywionemi cążkami, tęczówkę w jéj części dośrodkowéj (zwieracz) i to za pomocą małych zgiętych nożyczek.

Wszyscy Panowie rękoczyn ten widzieliście, nie jeden z Was może wykonywał go, przyznacie więc, że czyni on wrażenie nader łatwego. a jednak nie zawsze nim jest w istocie. I dla czego to zapytacie może, dla jakich powodów irydektomija, w innych razach do łatwych zaliczająca się operacyj, w jaskrze miałaby uchodzić za trudną.

Otóż przyczyna leży w niekorzystnych stosunkach ocznych, a mianowicie we wązkiéj bardzo komórce, co utrudnia niezmiernie należyte przeprowadzenie lancy pomiędzy tęczówką a rogówką, następnie w zastoju krwistym błon ocznych lub w przekrwieniu tychże, w skutek czego silny powstaje nieraz krwotok, a daléj przyczyny szukać należy w nadzwyczajném naprężeniu śródgałkowém, które sprawia, że wkrótce po przecięciu rogówki ciecz przedniéj komórki odpływa a dalsze prowadzenie noża tém trudniejszém się staje

Niepowodzenie i złe skutki, jakie tutaj zajść mogą, dzielimy na takie, które zależą od nieudania się operacyi saméj lub nieprawidłowego zagojenia się i na takie, które, mimo należycie wykonanéj operacyi i dobrego przebiegu po operacyi, nie sprawiają polepszenia wzroku ale raczéj takowy obniżają.

Przejdźmy wprzód pierwsze, do których Mauthner (*Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilk. II Bd.* pag. 101) zalicza:

1) *Panophthalmitis* czyli zapalenie wszystkich błon gałki, które się czasem po irydektomii rozwija, a przez co oko zupełnemu ulega zniszczeniu.

2) Powolne zapalenie ciała rzęskowego *(iridocyclitis)*, doprowadzające oko także do zaniku, nieraz nawet do współczulnego zajęcia zdrowego oka.

3) Silny krwotok naczyniówkowy, pojawiający się wśród operacyi; zdarzać się on nieraz może nawet tam, gdzie krew obficiéj z gałki wcale nie występuje, a przypuszczamy go wtenczas, jeżeli naprężenie oka po irydektomii nie zmniejsza się, poczém następuje oślepnięcie.

4) W skutek uwięzgnienia kawałka tęczówki w jednym lub drugim kąciku rany powstaje nowy powód drażnienia, a tak nie tylko sprawa jaskrowa nie ustępuje, ale przeciwnie, ponieważ ciśnienie śródgałkowe wzmaga się, powstają znowu boleści, nieraz silniejsze od poprzednich, nadto zaćmienia rozliczne i oko powoli ślepnie. W tych przypadkach można jeszcze przez powtórną irydektomiję uwięzgnioną tęczówkę, a raczéj zwieracz (bo o niego tutaj chodzi), uwolnić, czém uda się nie jedno oko przed zgubą uchronić.

5) Brzegi rany nie spajają się dobrze, tylko łączą się za pomocą tkanki cienkiéj, która pod wpływem wewnątrzgałkowego ciśnienienia rozszerza się *(ectasia)*. Następstwem zaś takiego rozszerzenia jest nieprawidłowa postać rogówki i w ogóle systemu dioptrycznego czyli tak zwany *Astigmatismus*

Nadto spostrzegał Graefe zropienie oka biorące swój początek od miejsca rozszerzonego czyli od guziczka, który w skutek tarcia o powieki i w skutek rozlicznych zewnętrznych wpływów zapaleniu uledz może. I w obec tego rodzaju nieprawidłowego zrośnięcia brzegów cięcia można jeszcze nie jedno oko przed zgubą ochronić odcinając rozszerzony guzik, a potém zakładając opaskę uciskową.

6) Uważano nieraz po operacyi jaskry, mianowicie gdy ta występuje we formie ostréj, zaćmę, która, jak Mauthner we wspomnianém wyżéj dziele słusznie podnosi, w dwojaki powstać może sposób: albo przez nakłócie lancą przedniéj torebki w obrębie źrenicy, poczém następuje napęcznienie soczewki, albo, o czém Mauthner w jednym przypadku miał sposobność przekonać się, zaćmienie następuje dopiero po kilku tygodniach, mimo że torebka przy dokładném nawet badaniu po operacyi w obrębie źrenicy okazała się nietknięta. Przypuszcza on, że wśród operacyi prawdopodobnie przy równiku torebka pękła i wywołała pęcznienie soczewki, a tém samém jéj zaćmienie. Oczy takie uważa się zazwyczaj za stracone, z czém się moje doświadczenia nie zupełnie zgadzają. Miałem bowiem dwa razy sposobność leczyć oczy u osób, które przybyły do mnie z kataraktą powstałą po operacyi (irydektomii), za czém téż przemawiały stosunki oka i podania chorego. Przez odpowiednie leczenie, a więcéj jeszcze przez powtórne operacyje udało mi się coś ze wzroku zachować.

7) Bywały przypadki, że po irydektomii dokonanéj na jedném oku powstała silna jaskra na drugiém oku, które tylko nieznaczne przedtém zdradzało objawy zwiastunowe; a według Graefego powstać mogą objawy glaukomatyczne nawet wtenczas, gdy to drugie oko poprzednio zupełnie było zdrowe.

Przejdźmy teraz do następstw niepożądanych, a pojawiających się po zupełnie prawidłowo i zręcznie dokonanéj operacyi, a nawet po prawidłowym przebiegu pooperacyjnym.

I tak najprzód powstać może krzywizna rogówki, przez wycięcie zaś tęczówki obnażamy obwodowe części systemu dyjoptrycznego. W jednym i drugim przypadku powstają stósunki wywołujące nieprawidłowe załamywanie się promieni światła, a tém samém wytwarzanie niejasnych i niedokładnych obrazów na siatkówce. Najmniéj to może ma miejsce w jaskrze niezapalnéj. W skutek tego błędu powstaje widzenie zdwojone, a nadto widzenie kolorów. Staramy się w części zapobiedz temu przez to, że górą zakładamy szparę tęczówkową, przepisujemy chorym odpowiednie szkła poprawcze, walcowate, a nadto zabarwiając część rogówki przed szparą tęczówkową położoną.

Powtóre mimo dokonanéj szczęśliwie irydektomii, a nawet mimo powtórzenia téjże po pewnym czasie, sprawa jaskrowa nie ustaje albo chociaż ustała, wzrok powolnemu ulega zanikowi.

Wreszcie znane są przypadki jaskry o przewlekłym rozwoju, w których irydektomija, a mówimy tu naturalnie o prawidłowéj, wprost zły wywiera wpływ na wzrok, dotąd wiele albo mało co upośledzony. Przypuszczać tutaj trzeba, że operacyja niekorzystny wywarła wpływ na cierpienie przyrządu nerwowego.

Niebezpieczeństwa, które przebiegowi jaskry przy operacyi saméj towarzyszą, nie uszły naturalnie baczności operatorów i starano się unikać ich na wszelki możliwy sposób.

Wielu operujących używa wązkiego noża Graefego z obawy, aby przy cięciu narzędziem lancowatém nie uszkodzić soczewki lubo może nożem tym wywiera się większy nacisk na gałkę, a tém samém wywołuje się innego rodzaju niebezpieczeństwa, to jednak przyznać trzeba, że gdzie bardzo płytka przednia komórka, niechybnie nożykowi temu pierwszeństwo przed lancą się należy.

O wiele operacyja jest ułatwioną, a niebezpieczeństwa w części zmniejszone, odkąd znamy nieoceniony środek ezeryn, który nie jest, jak to pierwotnie mniemano, również środkiem leczącym jaskrę, lecz tylko środkiem czasowo uśmierzającym objawy i przepowiednim, jak nim było przed poznaniem ezerynu, a jest i teraz jeszcze, przekłócie rogówki.

Rokujące własności tego środka dotyczą przedewszystkiém możności leczenia jaskry; nadto jednak posiada ezeryn i tę nieocenioną własność tam, gdzie w ogóle na ściągnienie zwieracza oddziaływać jeszcze może, że zasłania soczewkę przed bezpośrednim wpływem noża na takową.

Mając przed bardzo niedawnym jeszcze czasem sposobność operowania jaskry, która od wszystkich dotychczasowych znanych różni się swoim przebiegiem pooperacyjnym, a mianowicie w dwojaki sposób od zwykłego przebiegu odstępuje, pozwolę sobie historję tego przypadku przytoczyć:

H. H., 50 lat mająca, starozakonna, z T. w W. Ks. Pozn. osoba nizka, miernie odżywiona i w powierzchowności swéj bardzo zaniedbana, o władzach umysłowych słabych podaje bardzo niepewne i skąpe szczegóły wywiadowe. Dowiedzieć się jedynie tyle tylko mogłem, że dawniéj zdrowa, we wrześniu roku przeszłego dostala silnego bólu w prawém oku, wkrótce w części wzrok znikł, a kilka dni przed przedstawieniem się, dnia 29 listopada 1881, straciła chora takowy zupełnie.

Stan oka przedstawiał się jak następuje:

Nie tylko spojówka powiek, ale i spojówka gałki miernie nastrzyknięte, tak samo i podspojówka, a naokoło rogówki przebija się przez spojówkę różowe przekrwienie twardówki. Kąt, jaki się uwydatnia pomiędzy rogówką a twardówką, stanowiący poniekąd granicę pomiędzy temi błonami, zupełnie wygładzony. Rogówka, a mianowicie błona Descemeta, lekko zamglona, jakoby szpilkami nakłóta; ciecz przedniéj komórki mętna; przednia komórka wązka nadzwyczaj, mianowicie w obwodowych częściach, gdzie nieomal tęczówka do rogówki przylegać się zdaje; źrenica owalna, dość rozwarta, a tęczówka przekrwiona brudno-zielonego koloru; naprężenie wśródgałkowe po prawéj stronie bardzo wysokie (+ 3); wzrok tak dalece upośledzony, że chora tylko zewnętrzno-górną częścią siatkówki rozpoznaje poruszenie ręki.

Wziernik bardzo mało tylko wykazać może, bo dla zaćmień systemu dyjoptrycznego tarcza nerwu wzrokowego zaledwo jak księżyc przez grubą mgłę się przedstawia, tak że szczegółów bliższych ani na niéj ani na siatkówce na razie rozpoznać nie było można. Po trzykrotném jednakże, co 15 minut powtarzaném, zapuszczeniu świeżego rozczynu ezerynu, (według formułki: *Rp. Eserini sulph. 0,05, Acid. borici 0,4, Acid. carbol. 0,1, Aq. destill. 10,0,* w któréj to formie ezeryn zachowuje długi czas swoją właściwość terapeutyczną, nierozkładając się), źrenica nieco się zwężyła, może o 1 mm., ciecz przedniéj komórki stała się czyściejszą, tak że wziernikiem można było, nie powiem rozpoznać dokładnie, bo to było zbyt trudném jeszcze, ale odgadnąć zagłębienie tarczy białéj, zagłębienie sięgające do samego brzegu.

O jakości naczyń krwistych, a mianowicie o tętnie tętniczém, nie bylo można się przekonać.

Równo ze zmianami przytoczonemi wywarł ezeryn i ten skutek, że najsilniejsze naprężenie stało się tylko mier-

nie podniesionem, tj. padło z + 3 na + 1, a wzrok do tego stopnia się polepszył, że chora częścią siatkówki górno-zewnętrzną rozpoznawała palce lubo nie zbyt pewnie.

(Dokończenie nastąpi).

III. Działanie lecznicze salicynu.

Napisał Prof. Dr **Korczyński.**

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 9).

Dur brzuszny. Przypadków 7, z tego 2 ujemne, 1 wątpliwy, a 4 z wynikiem dodatnim.

1) W ciężkim durze u chorej S. R. — 5 gm. sal. dzień po dniu podane pozostały bez wpływu bezpośredniego na ciepłotę i na zapobieżenie eksacerbacyi wieczornéj.

2) U chorej M. G. w 3cim tygodniu dosyć ciężkiego duru salicyn w ilości 5—7 gm. nie miał skutku prawie żadnego, podczas gdy w drugim tygodniu choroby chinin w ilości 1 gm. obniżał ciepłotę o 0·4, w ilości 1·5 gm. o 1°, a w ilości 2 gm. o 2·8°!

3) U chorej K. P., lat 13 liczącéj w dniu 10tym choroby z miernem nasileniem, po 6 gm. salicynu uważano tylko ten skutek, że w ciągu całego popoludnia ciepłota nie podnosiła się tak jak dni poprzednich, lecz pozostała w jednéj mierze; wieczornéj eksacerbacyi salicyn nie zapobiegł. Dla tego przypadek ten zaliczam do wątpliwych.

4) W przypadku tym, który dotyczył młodzieńca l. 21 liczącego z durem lekkim, gdzie ciepłota nie przekraczała nigdy 40°C., 5 gm. sal. w dniu 15 choroby, gdy gorączka już była mniejszą, obniżyły ciepłotę z 39·3 w ciągu 7 godzin na 37·6; podczas gdy w 11 dniu choroby po 8 gm. ciepłota od godz. 8 zrana do 8 wieczór pozostała niezmienną a eksacerbacyja wieczorna wcale się nie pojawiła.

5) Przypadek ten, dotyczący młodzieńca silnego lat 21 liczącego, gdzie nasilenie choroby w ogóle nie było znaczne i gdzie stan gorączkowy przełamał się zupełnie z końcem 3go tygodnia choroby, świadczy najwymowniéj, że działanie przeciwgorączkowe sal. zwiększa się w miarę, im choroba, bardziéj się zbliża ku pomyślnemu zakończeniu.

Dz. chor.	9	10	11	12	13
godz. 8	38·8	39·4	38·7	37·9	38
11	—	39·4 (8 gm.)	38·7	38·2	39·3 (6 gm.)
3	40	39·4	39·9 (5 gm.)	38·8	39·3
5	40·5	39·9	**39·5**	39·3 (5 gm.)	**37·6**
8	39·3	39·3	39·5	**38·4**	37·9

Podczas gdy o dawce 8 gm. w dniu 10tym co naj mniéj twierdzić można, że zapobiegła w pewnym stopniu eksacerbacyi wieczornéj, dawka 5 gm. w dniu 11tym obniża ciepłotę o 0·4, w dniu 12tym o 0·9, a dawka 6 gm. w dniu 13tym o 1·7°.

Przyp. 6ty służyć może także do porównania działania chininu i salicynu: U chorego K. Stanowskiego, lat 30 liczącego, z ciężkim durem brzusznym, gdzie stan gorączkowy przełamał się z końcem 4go tygodnia choroby w dniu 16 choroby wystąpiło zapalenie płuc opadowe. Ciepłota mierzona była stale w kiszce odchodowéj.

Dzień chor.	13	14	15	16
godz. 8	40·1	40·6	39·2	38·8
10	—	40·4	39·6	39·4
12	—	41·3	40·9 (Chin.	39·9 (Chin. 2g.)
2	—	41·3 (Chin.	40·8 2 gm.)	**39·2**
4	—	40·7 2 gm.)	40·5	39·4
6	—	40·6	**40·4**	39·7
8	40·7	**40·3**	—	—

Dzień chor.	17	18	19	20
godz. 8	39·8	40·1	40	39·6
10	39·8	40·2	39·8	40·3
12	40·2	40·7	40·2 (6 gm. s.)	40·9
2	40·5	41 (10 gm. s.)	40·2	41
4	41·3	**40·1**	41·2	41·2
6	41·2	40·8	40·2	40·1
8	bez leku	—	39·9	bez leku

Po 2 gm. chininu nastawało obniżenie bezpośrednie ciepłoty o 1°, 0·5, 0·7, granice wahań znacznie malały, a wpływ przeciwgorączkowy rozciągnął się i na ciepłotę ranną. Po 6 gm. salicynu krótko trwające obniżenie o 0·9°, niewywierające żadnego wpływu na ciepłotę ranną dnia następnego.

Przyp. 7my u chorej A. Górnisiewiczowéj, l. 36 liczącéj, gdzie stan gorączkowy przełamał się w dniu choroby 18tym, salicyn w ilości 10 gm. podany w dniu 14tym w dwie godziny obniżył ciepłotę o 1° i to przeszło na 6 godzin; w dniu 16tym po 2 godzinach o 0·7, natomiast w dniu 15 pozostał bez wyraźnego wpływu.

Dur osutkowy. Przypadków 5; skutek ujemny lub wątpliwy w 2, dodatni w 3 przyp.

1) B. P. z durem znacznego nasilenia. 6 gm. sal. w dniu 10tym chor. przy ciepłocie 39·8°, bez wpływu bezpośredniego na ciepłotę; remisyja dnia następnego pochodzić mogła od przebiegu choroby.

2) G. A. Dur osutkowy z zapaleniem płuc ocieklinowém. Ciepłota 39·5—40·3°. W dniu choroby 11 i 12, 8 gm. (codziennie w 2 dawkach r. i w.) nie obniżały ciepłoty, tak samo jak jednorazowa dawka 4 gm. salicylanu sodowego w 13ym dniu choroby. Stan gorączkowy przełamał się 20go dnia choroby. Po salicynie występowały przypady uboczne w postaci osłabienia, bólu głowy i szumu w uszach.

3) U chorego A. B. l. 16, w dniu 9tym po 5 gm. sal. w 6ciu godzinach ciepłota obniżyła się o 0·6 przeszło na 6 godzin. Ponieważ przebieg ciepłoty był bardzo regularny, obserwacyja może być nazwana dokładną:

	Dzień 8	Dzień 9
godz. 8	39·2—104	39·2—102
10	39·6—100	39·6—100 (5 gm. sal.)
12	30·7—108	39·4—96
4	40· —108	38·8—92
6	40·2—104	39·1—96

Następnego dnia ciepłota wynosiła przez cały dzień prawie stale 39·2°.

4) U chorego Fr. Mikuły, l. 27 liczącego, z bardzo ciężkim durem, do którego w dniu 12 przyłączyło się zapalenie płuc nieżytowe i gdzie stan gorączkowy przełamał się w dniu 16tym, nadarza się porównanie działania przeciwgorączkowego i skutków ubocznych chininu i salicynu. Wzgląd miejsca wstrzymuje nas od dołączenia odnośnych tablic. W dniu choroby 8 ciepłota waha się między 40—40·5, tętno między 132—136.

W dniu choroby 9 o godz. 7: 40—124, o 9: 40·1—124 (10 gm. sal.), o 11: 40·5—136, o godz. 1: 40·2—128, o g. 3: **38·4**—120, o g. 5: 39·5—136, o g. 7: 39·9—136, o g. 8: 40·4—132. Wpływ przeciwgorączkowy salicynu nie był więc znaczny; w dwie godziny po zażyciu leku ciepłota podniosła się nawet o 0·4, następny spadek wynosił wprawdzie 1·7°C., jednakże pojawił się dopiero w 5 godzin po podaniu leku i utrzymywał się tylko przez dwie godziny. O godz. 2½ popoł. chory skarżyć się począł na gniecenie w dołku

podsercowym, począł się mocno pocić i osłabł, co także przyczynić się mogło do obniżenia ciepłoty.

W dniu choroby 10ym przy ciepłocie 40·7 podano na raz 4 gm. siarkanu chininu, poczém już w godzinę ciepłota obniżyła się o 0·9, w 3 godziny spadek wynosił tak samo jak po salicynie 1·7°, a nazajutrz jeszcze ciepłota ranna była o 2° niższą od ciepłoty rannéj dnia poprzedniego. Wkrótce po zażyciu leku pojawiły się nudności, które ustąpiły po połykaniu kawałków lodu; w nocy ogłuszenie, większa bezprzytomność i większe osłabienie. Nazajutrz chory jest swobodniejszy, przytomniejszy, ale ogłuszony.

W dniu 11, gdy ciepłota popołudniowa wynosiła 40°, podano znów na raz 3 gm. chininu. Ciepłota spadła już w godzinie o 0·9°, po 3 godz. o 2·2°, działanie przeciwgorączkowe było jednak krótsze, gdyż następnego dnia zrana ciepłota wynosiła znów 39·3°. Tym razem zamiast nudności pojawiło się znaczne osłabienie czynności serca, które zmniejszyło się po podaniu mocnego wina. W nocy chory wcale nie spał i od czasu do czasu majaczył.

W dniu choroby 12 działanie przeciwgorączkowe chininu, zapewne skutkiem rozwijającego się zapalenia płuc, było mniéj wybitne, również przypady uboczne ograniczały się tylko do ogłuszenia. Zrana przy ciepł. 39·9° podano 4 gm. chininu, obniżenie wynosiło 1·3 po 6 godzinach, trwając jednak krócéj nie zapobiegło eksacerbacyi wieczornéj.

Nazajutrz po 4 gm. chininu przy ciepłocie 40·5° również nie wystąpiły znaczniejsze przypady uboczne, ciepłota zaś po 5 godzinach obniżyła się do 37·9°.

Przyp. 5ty dotyczył J. L., lat 17 liczącego i odznaczał się bardzo ciężkim przebiegiem (już w dniu 4tym ciepłota wynosiła 41°). W przeciwieństwie do przypadku poprzedniego działanie salicynu przewyższało działanie chininu.

W dniu choroby 8, po 4 gm. chininu ciepłota z 40·5° obniżyła się na 40° i utrzymywała się na téj wysokości do wieczora. Z przypadów ubocznych wystąpiły wymioty i ogłuszenie.

W dniu choroby 9, przy ciepłocie 40·2° po 4 gm. chininu uważano najpierw podniesienie się na 40·4°, a potém spadek na 39·5°. Wymioty się powtórzyły.

W dniu choroby 10, po 5 gm. sal. ciepłota z 39·6° obniżyła się na 38·4° i jako taka wytrwała cały wieczór, ażeby nazajutrz zrana podnieść się do 39·8°. Już przed zażyciem leku były nudności; w dwie godziny po użyciu leku zjawiły się wymioty.

Zbierając razem wyniki tych 18 doświadczeń przedewszystkiém przyjść musimy do przekonania, że salicyn **jest środkiem przeciwgorączkowym**, gdyż w 11 przyp. obniżał ciepłotę, a nie czynił tego przynajmniéj w stopniu wybitnym tylko w 7 przyp. W zdaniu tém utwierdzimy się tém bardziéj, jeżeli uwzględnimy, że te 7 przyp., z wyjątkiem tylko przypadku 2go duru brzusznego, i przyp. 1go duru osutkowego, gdzie nieskuteczność salicynu jest widoczną, mają bardzo względną wartość. I tak w przyp. 1szym zapalenia płuc salicyn użyty był w okresie największego rozszerzenia zapalenia płuc, gdzie 2 gm. chininu były również bezskuteczne, gdzie więc stan gorączkowy przedstawiać musiał znaczną oporność; w przyp. 2 zap. płuc i w przyp. 1 duru brzusznego użyto dawki 4 gm., która dla człowieka dorosłego jest za małą; w przyp. 3cim zap. płuc doświadczenie nie jest czyste; w przyp. 2gim duru brzusznego także 4 gm. salicylanu sodowego nie obniżyły ciepłoty.

Inna całkiem jest rzecz co do stopnia, czasu pojawiania się i trwania tego przeciwgorączkowego działania, jak niemniéj co do okresu choroby, w którym działanie to najbardziéj się uwidocznia. W tym względzie dochodzi się do następujących wniosków: 1) Wpływ salicynu na poskromienie ciepłoty jest przeszło dwa razy słabszy, aniżeli chininu, gdyż po dawkach 4 gm. tego ostatniego leku spadek ciepłoty jest większy aniżeli po 10 gm. salicynu. 2) W porównaniu z chininem działa salicyn nie tylko słabiéj, gdyż nadto obniżenie się ciepłoty ciała nastaje powoli, trwa czas krótszy i prawie nigdy nie rozciąga się do dnia następnego. 3) Tylko w rzadkich przypadkach działanie salicynu jest wydatniejsze aniżeli chininu; dzieje się to w późniejszym okresie choroby, po poprzedniém zmniejszeniu ciepłoty za pomocą chininu. 4) Salicyn, tak samo jak to często czyni chinin, wywiera wtedy bardzo słaby wpływ na obniżenie ciepłoty, jeżeli choroba znajduje się na szczycie wzrostu. 5) Wpływ przeciwgorączkowy zwiększa się przy salicynie niestosunkowo w późniejszym okresie choroby, gdy nasilenie stanu gorączkowego w ogóle, a w szczególności gorączka ranna, już z powodu naturalnego przebiegu choroby się zmniejsza. 6) Salicyn działa tém wybitniéj jako lek przeciwgorączkowy, jeżeli przebieg choroby jest od początku lekki, a nasilenie gorączki nie jest znaczne. 7) Tak samo jak przy innych lekach przeciwgorączkowych i przy salicynie zdarzają się przypadki, że lek ten u jednego i tego samego chorego raz działa, drugi raz nie i to bez możności wytłumaczenia tego zmiennego zachowania się. 8) U osób młodych, niżéj lat 16, dawka 5 gm. jest dostateczna, u osób starszych użyć trzeba jednorazowéj większéj dawki 6—10 gm. 9) Przypady uboczne występują po salicynie znacznie rzadziéj i nie z tém nasileniem jak po chininie lub przetworach salicylowych; poty, które po użyciu kwasu salicylowego tak często się przydarzają, po salicynie pojawiają się daleko rzedziéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Ziemssen: O prawidłowych ruchach serca człowieczego.

W dniu 24 maja 1880 przedstawił prof. Korczyński na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego Katarzynę Serafinową z ubytkiem kilku żeber i odsłonięciem znacznéj powierzchni serca. Historyję niezwykłego przypadku tego oraz nader dokładny opis zmian patologicznych w płucach, klatce piersiowéj, położeniu serca itd. znajdą Czytelnicy Przeglądu w Nrze 31 r. 1880. Tamto czytamy co następuje: „Przypatrując się bliżéj ruchom poszczególnych części i dotykając równocześnie różnych części serca, przedewszystkiém można stwierdzić, że kurczenie się i wypełnianie tętnicy płucnéj i komórek serca są czynnościami naprzemiennemi, że zapadanie się przedsionka odbywa się naprzemian z wypuklaniem się komórki, daléj że podstawa serca obniża się podczas skurczu, a co najważniejsza, że koniec serca podczas skurczu, t. j. podczas zapadania się komórek opada **ku dołowi** i zwraca się na stronę **lewą**. Komórka wiotka podczas rozkurczu napełnia się dopiero w chwili poprzedzającéj skurcz serca, przybiera największą objętość i **twardnieje wyraźnie**; w téjto chwili podstawa serca stoi najwyżéj a koniec serca podnosi się najwybitniéj ku górze“.

Stwierdzone te szczegóły, nie dające się pogodzić z przyjętym ogólnie podziałem ruchów serca na skurcz i na roz-

kurcz, skłoniły prof. Korczyńskiego do przyjęcia teoryi Spring-Piotrowskiego, według któréj obok skurczu i rozkurczu rozróżniać należy przedskurcz jako chwilę czynnego rozszerzenia się komórek.

Katarzyna Serafinowa dostała się wkrótce potém do kliniki prof. Ziemssena w Mnichowie, który obecnie zdaje sprawę z własnych badań i spostrzeżeń co do ruchów sercowych. Ponieważ badania Springa nieznane są w Niemczech zupełnie, choć Meissner w r. 1861 uznał wielką ich doniosłość, ponieważ badania lekarzy polskich tém mniéj zwracają ich uwagę, dla tego Ziemssen, podobnie jak przed nim Grützner, Filehne i Penzoldt, badając ruchy sercowe u Katarzyny Serafinowéj nie spożytkował przypadku tego w kierunku teoryi ruchów sercowych. Dla Ziemssena nie ulega wątpliwości, że chwila, w któréj serce pod palcem twardnieje i wyraźnie grubnieje, odpowiada skurczowi komórek. Chwilę tę jednakże niewątpliwie odnieść należy do przedskurczu (kurcz mięśni podłużnych serca), ponieważ: 1. badania prof. Korczyńskiego wykazały, że grubnienie to odbywa się naprzemian z wypełnieniem tętnicy płucnéj (a więc nie może być skurczowém), 2. dowodzą tego najwybitniéj badania kardyjograficzne samego Ziemssena. Jeżeli bowiem na tablicy 14, przedstawiającéj równocześnie zdjęte kardyjogramy z tętnicy płucnéj i prawéj komórki, pociągniemy linije pionowe, przekonamy się, że ramię wstępujące kardyjogramu komórki przypada najdokładniéj na ramię zstępujące kardyjogramu tętnicy płucnéj i na odwrót, że ramię wstępujące tętnicy płucnéj odpowiada nagłemu spadkowi ramienia zstępującego komórki. Tłumaczenie kardyjogramu tętnicy płucnéj nie może ulegać żadnéj wątpliwości; wstępujące jego ramię jest wyrazem rozszerzenia się tętnicy skutkiem wyrzucenia do niéj krwi z komórki, które to rozszerzenie musi być równoczesném z skurczem komórki. Z tego wynika, że spłaszczanie się komórek, odbywające się równocześnie z rozszerzeniem tętnicy płucnéj, nie jest, jak sądzi Ziemssen, rozkurczem serca lecz jego skurczem, któremu na kardyjogramie odpowiada ramię zstępujące. Daléj skoro skurcz komórek i skurcz przedsionków odbywają się naprzemian, dziwném byłoby, dla czego ramię wstępujące kardyjogramu komórki przypada równocześnie z ramieniem wstępującém kardyjogramu lewego przedsionka (tablice 9 i 10). I ta sprzeczność zniknie, skoro ramię wstępujące kardyjogramu komórki uważać będziemy jako wyraz przedskurczu serca. Właściwie jednak zapatrywania Springa-Piotrowskiego wymagają *a priori*, aby wzniesienia i opadania kardyjogramów komórek i przedsionków przebiegały naprzemiennie i takie też obrazy otrzymał u kobiety z ektopiją serca Francois-Frank (1877), na których szczyt ramienia wstępującego na kardyjogramie przedsionka schodził się z początkiem ramienia wstępującego na kardyjogramie komórki. Tablice Ziemssena nasuwają inne jeszcze wątpliwości. Wzniesienie wsteczne kardyjogramu tętnicy płucnéj nie przypada bynajmniéj równocześnie z średniém wzniesieniem na ramieniu zstępującém kardyjogramu komórki, aczkolwiek według Landoisa obydwa te wzniesienia pozostają z sobą w związku przyczynowym. Równoczesność drugiego wzniesienia na ramieniu wstępującém kardyjogramu przedsionka z pierwszém wzniesieniem ramienia wstępującego na kardyjogramie komórki przemawiałaby wprawdzie za zdaniem Landoisa, czemu przeczą inni, że to ostatnie zależy od kurczu przedsionka; prawdopodobniéj jednak tłumaczyć to należy wpływem saméj czynności przedskurczowéj (Korczyński).

W sprawie zachowania się końca serca podczas poszczególnych ruchów komórek Ziemssen skłania się do zdania Filehnego i Penzoldta, mianowicie, że u Serafinowéj koniec serca podczas skurczu zwraca się ku stronie prawéj, tudzież że podczas tego nie obniża się. Ponieważ to, co Ziemssen uważa za skurcz, trzeba uważać jako przedskurcz, postrzeżenie to zgadza się najzupełniéj ze zdaniem prof. Korczyńskiego, według którego u Serafinowéj koniec serca podczas skurczu zwraca się na stronę lewą. T. zw. skurczowego opadania końca serca nie mógł Ziemssen widzieć, bo w chwili, którą Z. uważa za skurcz, opadanie to nie istnieje. Korczyński widział, że podczas skurczu, t. j. podczas największego zapadania się komórek, koniec serca opada ku dołowi, w któréj to chwili badacze niemieccy znać nie widzieli ani opadania ani podnoszenia. Zresztą pamiętać trzeba, że koniec serca nie był w tym przypadku łatwo dostępnym badaniu, dla czego lekkie wznoszenie się jego snadnie przeoczyć było można.

Ciekawe są dalsze badania Ziemssena nad mechaniczną i elektryczną wrażliwością serca i nerwu przeponowego u Serafinowéj. Lekki ucisk palcem na granicę przedsionkowo komórkową ze strony lewéj sprawiał na kardyjogramie komórki znaczne wzmożenie wzniesienia na ramieniu zstępującém (odpowiadającego wedle Landoisa zamknięciu zastawek półksiężycowych), przez co powstaje obraz niejako drugiego skurczu komórki. Przy tém podczas całego ucisku dzielność i trwanie czynności komórek wzmagają się, szczyty kardyjogramu podnoszą się, a podstawy ich więcéj się rozstępują; pod palcem doznajemy uczucia kurczowo silnéj i zwolnionéj czynności serca. Dotyczy to równocześnie obydwóch komórek. Podobne zmiany występują w krzywéj zdjętéj z tętnicy płucnéj, któréj tętno staje się wyraźnie katadikrotyczném, co Ziemssen uważa za podwójny kurcz tętnicy.

Skutkiem ucisku wywartego na same komórki krzywa t. płucnéj rozpadała się na dwie nieregularne połowy, z których to jedna, to druga okazywały znaczniejsze wzniesienia. Bardzo silny ucisk na serce wywołał zupełną nieregularność kardyjogramu *(delirium cordis)*. Uciskanie tętnic udowych i podobojczykowych sprawiało mierne zwolnienie czynności serca.

Badania elektryczne wykazały, że u Serafinowéj lewy nerw przeponowy jest także przystępny, przebiega bowiem po komórce prawéj obok pionowéj gałęzi tętnicy wieńcowéj lewéj. Drażnienie nerwu przeponowego prądem przerywanym wywoływało kurcz lewéj połowy przepony, obniżenie jéj dna o 3.5cm., prawéj zaś o 1 przestwór międzyżebrowy. Zboczenie bieguna od przebiegu nerwu niszczyło natychmiast skutki drażnienia. Tężec przepony trwał tak długo, jak drażnienie nerwu. W ogóle przepona zachowuje się tu tak samo jak każdy inny mięsień prążkowany przy drażnieniu jego nerwu ruchowego. Drażnienie nie wywołało żadnego uczucia bolesnego, gałązki więc opłucnowe, osierdziowe i otrzewnowe nerwu przeponowego nie zdają się być czuciowemi (Luschka). Pod wpływem prądu stałego nerw przeponowy zachował się tak samo jak wszystkie inne nerwy ruchowe lub mięszane.

Drażnienia elektryczne samego serca wykazały,

że za pomocą prądów stałych można znakomicie wpływać na czynność serca, że zas wpływ ten dla prądów przerywanych, nawet najsilniejszych, jest nieznaczny. Przez drażnienie za pomocą prądu stałego można bardzo dokładnie zmieniać dzielność i postać skurczów serca, ich częstość i rytm. Mięsień sercowy zachowuje się względem drażnienia galwanicznego tak samo, jak każdy mięsień prążkowany z zachowaném unerwieniem.

Jednostajnie działający prąd stały, skierowany na pewne punkty powierzchni komórek (mianowicie w pobliżu granicy przedsionkowo-komórkowéj) przyspieszał ruchy serca w dwója nawet i trójnasób, któreto przyspieszenie po otwarciu łańcucha natychmiast ustawało. Ziemssen przypuszcza, że objaw ten jest następstwem drażnienia zwojów nerwowych.

Za pomocą silnych bodźców galwanicznych można było także do pewnego stopnia zwalniać ruchy sercowe, przyczém jednakże czynność serca stawała się nieregularną.

W jaki sposób zwolnienie to nastaje, autor nie stara się wcale tłumaczyć.

Ponieważ różnica w zachowaniu się ruchów serca (raz przyspieszenie, drugi raz zwolnienie) zależała tu jedynie od różnicy w sile prądu galwanicznego, mimo woli nasuwa się na myśl fakt tylekrotnie przez fizyjologów stwierdzony, choć przez niektórych ze względów tylko teoretycznych zaprzeczany, że słabe drażnienie nerwów błędnych wywołuje przyspieszenie ruchów serca, a przy silniejszém dopiero drażnieniu następuje ich zwolnienie. Myśl ta utwierdza się tém bardziéj, że podczas przyspieszenia ruchów serca pod wpływem prądów słabszych obok wzmożonéj częstości ruchów sercowych, „skurczowa fala tętna była nizką“. To ostatnie zjawisko odnosi Ziemssen do niezupełnego zwiotczenia rozkurczowego komórek i niedostatecznego napełniania się ich krwią; być jednak może, iż pochodzi to skutkiem „przeciągłego przedskurczu, lekkiego tężca mięśni podłużnych serca, który wprawdzie nie jest tak silnym, by stawać się mógł silniejszą przeszkodą dla skurczu mięśni poprzecznych, ale dostatecznym, aby nie dozwolić im kurczyć się tak silnie, jak się to dzieje w stanie prawidłowym“ (Piotrowski).

Najważniejszym pod względem klinicznym rezultatem doświadczeń Ziemssena jest wykazanie, że wywieranie powyższego wpływu na zachowanie się serca udaje się również u osób zdrowych, t. j. stosując prąd elektryczny przez klatkę piersiową. Ziemssen radzi jeden biegun przyłożyć do mostka, drugi zaś do stosu pacierzowego na wysokości serca, podobnie jak w doświadczeniach na sercu Serafinowéj. *(D. Arch. f. kl. Med.* t. 30, 3).

D. Smoleński (Jaworze).

Dr. Fleischer: **O wpływie różnych czynników na trawienie żołądkowe.**

Nie dawno temu ogłosił Fl. wyniki badań swoich nad wpływem wyskoku, piwa i wina na trawienie; obecnie podaje do wiadomości doświadczenia nad wpływem innych w tym kierunku czynników.

Jak wpływa picie wody na trawienie w żołądku? Na pytanie to odpowiadano dotychczas różnie, w miarę tego czy miano przedewszystkiém na oku lepsze rozmiękczenie pokarmów w żołądku, czy podnietę termiczną wywartą na błonę śluzową, czy téż obniżenie ciepłoty, obciążenie żołądka lub rozcieńczenie kwasu żołądkowego. Ścisłych badań w tym względzie nie mamy.

Fleischer stwierdził najprzód, że okres trawienia żołądkowego dla pewnych stale oznaczonych pokarmów (beafsztyk, rosół i chleb w równéj ilości i jakości) waha się u różnych osób w granicach $5^1/_2$ do 7 godzin, że zaś u tego samego osobnika jest stały. Oznaczywszy więc okres trawienia u pewnego indywiduum (za pomocą badania wypompowywanéj treści żołądkowéj), podawał autor w następnych dniach podczas jedzenia lub w czasie trawienia różne ilości wody do picia i oznaczał na nowo okres trawienia żołądkowego. W ten sposób pokazało się, że u niektórych ludzi zdrowych picie (podczas trawienia) wody (aż do $1^1/_2$ litra) nie zmienia wcale trawienia żołądkowego; z większéj jednakże ilości badań wynika, że dalsze $^1/_2$ litra wody wypitéj podczas jedzenia jest bez wpływu, że dalsze $^1/_2$ litra wypite podczas trawienia wywołuje małe, trzecie zaś $^1/_2$ litra wyraźne zwolnienie trawienia w zdrowym żołądku.

Choréj dotkniętéj rozstrzenią żołądkową miernego stopnia z nieznacznym nieżytem żołądka, która w kilku dniach poprzednich trawiła pewne pokarmy bez dodawania wody w ciągu 7 godzin, podano podczas trawienia $^1/_2$ litra wody do picia. W dniu tym trawienie żołądkowe po 7 godzinach bynajmniéj nie było jeszcze skończone, gdy dnia następnego, w którym chora znów nie piła wody, wypłuczyny żołądka były prawie zupełnie czyste.

Jak wpływa przechadzka na trawienie w żołądku? Badania wykonane w powyższy sposób wykazały, że pod wpływem dość szybkiego chodzenia po jedzeniu trawienie żołądkowe wyraźnie się zwalniało. Spokój po jedzeniu jest najkorzystniejszy dla trawienia, a stare przysłowie *„post coenam stabis, aut mille passus meabis,“* ale nigdy więcéj — nie jest bez słuszności.

Po gorących kataplazmach przykładanych przez 5—6 godzin po jedzeniu uważał Fleischer znaczne przyspieszenie trawienia. Postrzeżenie to odpowiada w zupełności znanemu z doświadczenia działaniu t. zw. okładów pryssnicowskich (opasek żołądkowych). W doświadczeniach Fleischera nie trzeba spuszczać z uwagi, że kataplazmy jego były często zmieniane; być więc może, że często powtarzany bodziec termiczny wywoływał drogą zwrotną rychlejsze wypróżnienie żołądka; nie można jednakże zaprzeczyć przypuszczeniu, że samo ciepło wpływa na dzielniejsze trawienie żołądkowe. Pęcherz lodowy przyłożony w okolicy żołądka w doświadczeniach Fleischera nie sprawiał żadnych zmian w trawieniu.

Pepsyn i kwas solny skracały okres trawienia tylko w takich razach, w których wydzielina żołądkowa nie zawiera dostatecznéj ilości kwasu solnego. W niektórych przypadkach dopiero użycie kataplazmów na żołądek z równoczesném podaniem kwasu solnego z pepsynem sprawiało przyspieszenie trawienia żołądkowego. Dla tego poleca autor stósowanie gorących kataplazmów w przypadkach rozstrzeni i przewlekłego nieżytu żołądka, który to sposób leczenia łącznie z dyjetą płynną i solą karlsbadzką z pożytkiem używany bywa w klinice erlangeńskiéj przeciwko wrzodowi żołądkowemu. Jeżeli wydzielina żołądkowa zawiera większe ilości wolnego kwasu solnego, podawanie kwasu solnego jest niepotrzebne; pepsyn zaś, choćby tylko na próbę podany, nigdy nie szkodzi, a często jest pożyteczny. Z doświadczeń Fleischera wynikałoby także, iż w leczeniu chorób żołądkowych nie powinniśmy podczas trawienia pozwolić picia

większych ilości wody, a zabronić dłuższych przechadzek W końcu przekonał się także autor, że podczas miesiączkowania trawienie żołądkowe również się zwalnia. *(Berl. klin. Wochenschr.* 1882, Nr. 7). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Quincke: **Białkomocz skutkiem utraty krwi.**

W numerze 43 r. 1881 Przegl. Lek. zdaliśmy sprawę z pracy Fischla, w której tenże wykazał, że w wielu przypadkach białkomoczu przyczyną nieprawidłowego zjawiska tego bywa nie jakakolwiek zmiana w utkaniu nerek, lecz zapad *(collapsus)* towarzyszący często bolesnym cierpieniom brzusznym. Jako przyczynek do pracy Fischla opisuje obecnie Quincke następujący przypadek.

Silnie zbudowany, 33-letni stangret, doznający od 2ch tygodni lekkich bólów pod mostkiem, dostał nagle podczas pracy gwałtownych wymiotów krwawych, które jeszcze po natychmiastowém przeniesieniu do szpitala parę razy się powtórzyły. Rozpoznano wrzód okrągły żołądka. Zastosowano zewnętrznie worek lodowy na okolicę żołądka, wewnętrznie lód i octan ołowiowy. Pod wieczór tętno staje się bardzo słabém, chory jest niespokojny, skarży się na bóle w okolicy lewéj brodawki piersiowéj i dołka podsercowego. Uderzenie serca słabe, tony sercowe, zwłaszcza drugie, nadzwyczaj ciche. W nocy 2 stolce krwawe; w 2 godz. późniéj nagle wśród kaszlu wymioty krwią płynną (300—400cm. sz.), poczém zemdlenie i śmierć.

Przez 12 godzin po pierwszym krwotoku chory nie oddawał wcale moczu; skąpa ilość moczu oddanego w nocy na parę godzin przed śmiercią zawierała bardzo dużo białka, c. g. 1026. Drobnowidowo wykazano wałeczki, po większéj części szerokie i długie, proste, rzadko pokręcone, przeważnie szkliste lub delikatnie ziarniste (moczany), rzadko gdzie posiadające okrągłą komórkę. Zresztą nie znaleziono innych składników morfotycznych.

Badanie pośmiertne wykazało jako przyczynę krwotoku pęknięcie do gardziela tętniaka aorty zstępującéj; żołądek zawierał jeszcze dużo krwi częściowo skrzepłéj; wszystkie narządy w wysokim stopniu niedokrewne, podobnież i nerki, nieprzedstawiające zresztą nic nieprawidłowego.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadku tym białkomocz pozostawał w związku z krwotokiem, ponieważ w mowie będący mężczyzna jeszcze 18 godzin przed śmiercią był zupełnie zdrów a nerki jego były najzupełniej prawidłowe. Przypadek ten należy tłumaczyć sposobem Fischla, mianowicie stanem zapadu wywołanego silnym krwotokiem. Przypuszczenie Fischla, że w takich przypadkach nie ma w nerkach żadnych zmian patologicznych, potwierdziła tu sekcyja najzupełniéj. Mocz zachowywał się tak samo, jak w przypadkach Fischla.

Quincke zgadza się ze zdaniem Fischla, że białkomocz zależy tu od obniżenia parcia krwi; w jaki jednak sposób to ostatnie wywołuje białkomocz, jest rzeczą wątpliwą. Być może, że trzeba tu przypuścić zmiany odżywcze w przybłonkach nerkowych, wywołane przez obniżenie parcia i zwolnienie biegu krwi, — albo téż, że z silnym prądem dyfuzyjnym z tkanin do krwi, powstającym skutkiem nagłego obniżenia parcia krwi, dostaje się do krwi razem z sokami tkaninowemi istota białkowata (może odmienna od sernika), którą nerki wydalają. Nie można również zaprzeczyć możebności, że z owemi sokami tkaninowemi dostają się do krwi inne składniki drażniące miąższ nerek. *(D. Arch. f. klin. Med.* t. 30, z. 4). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Dr. W. Hack: **O kurczu głośni oddechowym i głosowym.**

Pod tym tytułem opisuje autor cztery przypadki, z których dwa pierwsze cechują się utrudnieniem oddechu z powodu skurczu mięśni zwężających głośnię, dwa ostatnie przedstawiają utrudnienie w wydaniu głosu również z powodu tegoż skurczu, albo raczéj z powodu niezachowania odpowiedniéj miary w napięciu mięśni normalnie czynnych śród fonacyi lub téż z powodu napięcia mięśni odpowiadających innemu aktowi a nie wydaniu głosu.

Przyp. 1. Chora 23-letnia z objawami drugorzędnéj kiły obok nieżytu gardziela, u któréj po ustąpieniu wymienionych cierpień pojawiła się chrypka, wreszcie zupełny bezgłos, a laryngoskopijnie stwierdzić było można ostry nieżyt krtani, a potém i niedowład mięśni nalewkotarczykowych wewnętrznych oraz mięśnia międzynalewkowego poprzecznego. Tak nieżyt jak i ów niedowład ustąpił wkrótce, natomiast jednak wystąpił nagle napad duszności, który nawet do utraty przytomności już doprowadził. Badanie laryngoskopijne, w tym stanie uskutecznione, okazało, że końce wyrostków głosowych stykały się ze sobą tak, że przed niemi w głośni więzadłowéj znajdowała się szparka eliptyczna, za niemi zaś, t. j. w głośni chrzęstnéj, szpara trójkątna z podstawą na przestrzeni międzynalewkowéj leżącą. Obraz laryngoskopijny przemawiał za skurczem mięśni nalewkoobrączkowych bocznych *(cricoarytaenoidei laterales)*, obok którego m. poprzeczny i mm. nalewkotarczykowe wewn. były nieczynne. Te ostatnie właśnie poprzednio okazywały się porażone. Autor wprowadził choréj na kwadrans Schrötterowską rurkę dilatacyjną z twardego kauczuku, poczém napad ustąpił. W ten sam sposób usunął on i drugi napad duszności, który się u choréj w kilka dni powtórzył, przyczém jednak wyrostki głosowe nie były stale do siebie zbliżone, ale stykały się i rozsuwały chwilowo, naprzemian z powodu drgających ruchów więzadeł (podobnie jak przy trylowaniu w śpiewie), przyczém jednak były one ku sobie zwrócone. Napady te więcéj się już nie powtórzyły.

W drugim przypadku napady duszności występowały od 25 lat bardzo często u chorego liczącego wówczas lat 80. Z powodu zbyt gwałtownego występowania ich śród laryngoskopowania nie mógł autor podać formy głośni w chwili napadu, lecz dostrzegł, że w lewym *sinus pyriformis* w okolicy Hyrtlowskiéj *plica nervi laryngei* jest silne zaczerwienienie, które przechodzi w sąsiedztwo. Najlżejsze zadrażnienie tego miejsca wywoływało natychmiast napad, który oczywiście tylko na skurczu mięśni zwężających głośnię mógł polegać, podczas gdy drażnienie innych miejsc krtani wywoływało kaszel, ale nigdy nie wywołało napadu duszności. Jednorazowe wdmuchnięcie ałunu na to miejsce usunęło już owe napady, zmniejszywszy zaczerwienienie, autor jednak wdmuchiwał ałun daléj, aż zaczerwienienie to zupełnie ustąpiło. Poprzednio wstrzymywał autor napady te zawsze skutecznie za pomocą ucisku po obu bokach chrząstki tarczykowéj.

Odnośnie do obu tych przypadków zastanawia się autor w pierwszym nad zwężeniem skurczowém głośni u dzieci, które przebyły tracheotomiję, jeżeli się im wyjmie kaniulę. Uważał bowiem, że u nich, przy zwykłym oddechu, głośnia węższą bywa niż normalnie, łatwo więc po wyjęciu kaniuli, jeszcze węższą stać się może. Oczywiście mowa tu o dzieciach tracheotomowanych z powodu krupu, u których takowy jednak ustąpił już zupełnie, tak, że tylko skurcz głośni utrudnia wyjęcie kaniuli.

W drugim przypadku zastanawia się autor nad mo-

żliwością powstania skurczu głośni *(spasmus glottidis)* drogą zwrotną z zadrażnienia różnych miejsc nietylko w saméj krtani, ale i w jéj sąsiedztwie, a nawet dalszych, co wreszcie od indywidualności chorego zależy. I tak przypuszcza autor na mocy prób robionych nad drażnieniem błony śluzowéj nosa, że takowe czasem skurcz głośni wywołać może, choć zwykle tylko łzawienie albo kichanie wywoływać zwykło.

Dwa następne przypadki nie okazują utrudnienia w oddechu, lecz w wydaniu głosu. Pierwszy dotyczy człowieka, który z zawodu krzyczeć głośno musiał, u którego też z zbytniego natężenia przyszło do tego, że nie był już w stanie głośno wołać, ale jedynie szept tylko mógł wydobyć, lub z wielkiém natężeniem pisk wysoki i przeraźliwy. Wkrótce występowało to nawet w zwykłéj rozmowie, jeżeli ją w otwartém miejscu prowadził. Zresztą głos jego był prawidłowy, gdy rozmawiał w pokoju. To też badanie laryngoskopijne, które z powodu zimy nie mogło być na wolném polu odbytém, nie okazało nic nieprawidłowego. Elektryzowanie nie odniosło żadnego skutku, porzucić zaś swego zawodu chory nie chciał, skutkiem więc tego stan się pogorszył tak że wreszcie i w potocznéj mowie w pokoju głos często nie odpowiadał.

Autor tłumaczy napady w sposób zwrotny, a następnie opiera na psychicznêm usposobieniu tak, że bojaźń, aby napad nie wystąpił, właśnie go wywołuje. Wreszcie zalicza je autor słusznie do zaburzeń koordynacyi w aktach złożonych, odpowiadających pewnym zatrudnieniom *(Beschäftigungsneurose)*.

Ostatni przypadek polega na zupełném zamknięciu głośni prawdziwéj, a nad nią fałszywéj, a następnie rozwarciu głośni chrząstkowéj przez parcie powietrza. Przypadek ten był przez kilka miesięcy bezskutecznie leczonym. Podobnych przypadków, jak ostatni, widziałem cztery u kobiet hysterycznych, i przekonałem się, że można dowolnie podczas fonacyi głośnię zamknąć, a następnie przepuścić powietrze przez głośnię chrzęstną, przez co głos cichy, jakby gwałtem przeparty, powstaje.

Zgodnie z autorem przypuścić musimy w tym przypadku nieżyt krtani za punkt wyjścia tego nerwowego cierpienia, żadną miarą jednak nie możemy się z nim zgodzić na niedowład m. poprzecznego, a tém mniéj mm. nalewkoobrączkowych bocznych. Opierając się na przypadkach przez siebie obserwowanych i na próbach na własnéj krtani przedsięwziętych, uważamy stan ten za skurcz mięśni zwężających głośnię i napinających więzadła, występujący jednak tylko śród fonacyi, przyczém jednak m. poprzeczny mniéj silnie skurczony prądowi partego powietrza ulega, i dozwala rozewrzeć głośnię chrzęstną. Ztąd też nie możemy się zgodzić, żeby skurcz tyczył się tylko mm. nalewkotarczykowych wewn., jak to autor twierdzi, ale odnosimy go do wszystkich mięśni zwężających głośnię i napinających więzadła prócz jednych mm. obrączkotarczykowych *(cricothyreoidei)*, a nawet do mięśni więzadeł fałszywych. Skutkiem tego skurczu, dowolnie prawie, acz nie świadomie, użytego w nadmiernéj sile, t. j. nie odpowiadającego zamierzonéj fonacyi, powstaje zamknięcie głośni prawdziwéj i fałszywéj podobnie jak to się dzieje w pierwszéj chwili kaszlu, lub jako przygotowanie do tykania, albo przy odruchach wymiotnych. (W obu ostatnich powstaje nad zamkniętą głośnią fałszywą nowe pokrycie głośni przez zbliżenie i zetknięcie się guza nagłośni *(petiolus)* z szczytami chrząstek nalewkowych, czego przy kaszlu, ani w przypadku opisanym nie było). W tym stanie prąd powietrza przy kaszlu naraz odrzuca od siebie więzadła w całéj rozciągłości, gdy tu ulega parciu powietrza tylko najsłabszy mięsień zamykający głośnię, t. j. m. poprzeczny, którego napięcie wolnieje, przez co powstaje szparka trójkątna w głośni chrząstkowéj, którą uchodzi powietrze wydając głos syczący i chrypliwy, pozbawiony jednak dźwięku. Mamy tu więc także zaburzenie koordynacyi, polegające na użyciu napięcia mięśni krtani odpowiedniego kaszlowi, zamiast odpowiadającego fonacyi, a następnie na dowolném zwolnieniu jednego z napiętych mięśni i przeparciu w ten sposób powietrza przez głośnię chrząstkową. Nieprawidłowość więc polega tu jedynie na niewłaściwém użyciu aktu, który do innego celu, niż zamierzony, prowadzi. Nie będziemy daléj rozbierać tego stanu odsyłając ciekawych do naszéj książki p. t. Laryngoskopija oraz choroby krtani i tchawicy, w któréj stan podobny dokładniéj jest opisany i rozebrany.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Chinin** Doświadczenia Chirona z Mesyny wykazały, że chinin może zmniejszyć czułość, że nie jest jednakże w stanie sprowadzenia zupełnéj anestezyi, ani téż nawet w dużych dawkach nie może znieść odruchliwości. Odurzający skutek zdarza się jedynie, gdy użyta ilość zbliża się do dawki trującéj. Zmniejszenie dotyczy najpierw czucia dotykowego, późniéj uczucia bólu, a naostatku czucia ciepłoty. Zmniejszenie często zaczyna się w przednich częściach ciała, zanim wystąpi w tylnych. Głuchotę i ślepotę częściéj wywoływały duże dawki u psów niż u ludzi. Słabe zmniejszenie czucia dotykowego dało się wywołać u człowieka dawką 15-gramową wkrótce powtórzoną. Jeżeli chinin wstrzyknięto do tętnicy, znieczulenie miejscowe nastaje w częściach, do których chinin się dostał, a w téj okolicy wszelka czynność jest przerwaną. Bardzo wielkie dawki sprawiają ogólne kurcze. Nie dostrzeżono żadnéj różnicy pod względem wpływu fizyjologicznego pomiędzy chininem, chinidinem i cinchonidinem, chociaż ten ostatni zdaje się być najwięcéj trującym. *(The Lancet*, 1882, I, Nr. VIII).

(A. K.) **Salicylan sodowy leczy rwę czołową** podług Dra Labbé nawet w tych ciężkich przypadkach, kiedy chinin okazuje się bezskutecznym. Labbé daje 8.0 dziennie przez dwa dni, i dawkę tę podaje w 2—3 proszkach lub roczczynie przed snem, a trzeciego dnia chory dostaje tylko 4.0. Labbé jest przekonany, że salicylan sodowy jest skuteczny tylko w rwach na tle gośćcowém. *(Journal d'Oculistique et de Chirurgie*, grudzień, 1881).

(A. K.) **Zwiotczała skóra** (*cutis laxa)* spostrzeganą była przez Dra Freudenbergera w klinice Ziemssena; chorego tego badano w kilku klinikach niemieckich; rozciągliwość skóry była tak znaczną, że fałd jéj na piersi bez wysilenia podnieść można było do czoła; rozciągliwość ta była w równym stopniu na całém ciele; żadnych zmian w unerwieniu skóry nie znaleziono. Stan ten według wszelkiego prawdopodobieństwa trwa od urodzenia. (*Aerztl. Intelligenzblatt* Nr. 48, 1881).

(A. K.) Statystyka jaskry podług narodowości, zebrana przez Dra Wagnera, przekonała go, że dawniejsze spostrzeżenia Benedikta, Rosasa, Arlta, Rydla itd., jako jaskra zdarzała się częściéj u starozakonnych, aniżeli u innych narodów, jest w zupełności słuszną. (Protokół posiedz. Tow. Odes. lek. Nr. 17, 1881 r.).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego zebrania Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego.

z grudnia r. 1881.

Stosownie do postanowionego porządku dziennego przed południem zwiedzili koledzy, tak miejscowi jak zamiejscowi, zakład Sióstr miłosierdzia, gdzie kol. Matecki, Sęcki i Jerzykowski przedstawili w oddziale zewnętrznym najciekawsze przypadki chorobowe. Widzieliśmy tutaj między innemi: *osteosarcoma os. pariet. sinistr.*, przypadek przecięcia nożem powłok brzusznych *reg. umbilic.*, skomplikowane złamania itd. Z opatrunków przeciwgnilnych używano w ostatnich czasach z dobrym skutkiem gazy rozdrębnikowéj, przysposobionéj podług przepisu Listra. W oddziale wewnętrznym przedstawił kol. Kaczorowski zebranym kolegom kilka przypadków przewłocznego gośćca stawowego, przypadek *spermatorrhoea ex masturbatione*, *myelitis spinalis* i padaczkę częściową w skutek urazu. Następnie zwiedzili koledzy szpitalik dziecięcy św. Józefa, gdzie kol. Osowicki przedstawił również kilka interesujących przypadków klinicznych i pokazał zwiedzającym sposób zakładania opasek Sayra, praktykowany w szpitaliku.

O 12téj godzinie odbyła się wizyta w zakładzie kol. Wicherkiewicza, która rozpoczęła się od oprowadzania przybyłych kolegów po salach zakładowych, gdzie kol. W. pokazywał i objaśniał rozmaite ciekawsze przypadki, a mianowicie (oprócz dość licznych na zaćmę szczęśliwie operowanych, pomiędzy którymi 3 znajdowały się osoby przeszło 80 lat mające) przedstawił kobietę 50-letnią przybyłą do kliniki z jaskrą ostrą zapalną prawego oka a przewlekłą niezapalną oka lewego.

Dla porównania skutków operował kol. W. prawe oko przez przekłucie twardówki sposobem przez Weckera zalecanym, a na lewém oku wykonał irydektomiję (wycięcie tęczówki). Zagojenie było prawidłowe, a wynik po obydwóch stronach zadowalający, lubo po prawéj stronie, czyli na oku, na którém wykonaną była sklerotomija, naprężenie było zawsze jeszcze trochę podniesione, a stało się dopiero zupełnie prawidłowém po kilkodniowém ugniataniu gałki.

Daléj pokazywał kol. W. chorego, któremu zrobił sztuczną dolną powiekę wyjąwszy płat do tego potrzebny z górnego ramienia, odłączony zupełnie. Jest to metoda operacyjna podana przez Anglika Wolfa i Amerykanina Wardswortha, następnie doświadczana w 3ch przypadkach przez Zehendera, a jako 4ty z rzędu kol. W. wykonał już w lecie takąż operacyję na obydwóch powiekach prawego oka u pacyjentki, która w skutek róży straciła takowe.

Przypadek zaś przedstawiony obecnym kolegom, dotyczył chorego, który przy pożarze tak popalił sobie prócz innych części ciała twarz, iż cała prawie bliznami była pokryta; to téż wywrócone zupełnie powieki żadnym innym sposobem nie dałyby się odtworzyć, gdyby nowa metoda operacyjna nie przyszła była w pomoc. Zastosował ją zaś kol. W. najprzód do prawego oka, jako silniéj dotkniętego. Wynik, mimo znacznych trudności, jakie się z powodu pooperacyjnych krwotoków nasuwały, o tyle był zadowalający, że płat cały przyrósł do swego spodu i najzupełniéj uzupełniał powiekę, pokrywając nadmiernie nawet gałkę.

Pouczony jednak doświadczeniem poprzednich dwóch swoich przypadków mniema kol. W. że płat ten w części jeszcze późniéj się skurczy, na co zresztą zawsze przy plastycznych operacyjach liczyć trzeba, więcéj jednakże jeszcze, gdy płat skóry bez mostu, czyli zupełnie od pierwotnego siedliska oddzielony, przesadzamy.

Przedstawiwszy jeszcze kilka innych ciekawszych przypadków zapaleń oka, leczonych w klinice, wykonał następnie kol. W. trzy operacyje, a mianowicie: Rozcięcie błony źrenicznéj powstałéj po zaćmie urazowéj; wycięcie sztucznéj źrenicy w błonie źrenicznéj powstałéj także w skutek urazu; a wreszcie zabarwił bielmo rogówki u dziewczynki 8-letniéj, u któréj na témże oku poprzednio ze zupełnym skutkiem zez był operował.

Na posiedzeniu popołudniowém wybrano przez aklamacyję na przewodniczącego kol. Laurentowskiego z Obornik. Sprawozdanie z ostatniego Walnego zebrania odczytano i przyjęto. Następnie kol. Kaczorowski mówił o padaczce częściowéj i ze swéj praktyki odpowiedni przedstawił przypadek. Ponieważ odczyt ten umieszczony będzie *in extenso* w Przeglądzie Lek., dla tego pomijamy tutaj treść jego. Nad odczytem kol. Kaczorowskiego wywiązała się nader ożywiona dyskusyja, w któréj zabierali głos: koll. Jerzykowski, Osowicki, Jarnatowski, Zielewicz, Kapuściński, sekretarz i prelegent.

Następnie kol. Zielewicz referuje o używaniu jodoformu w praktyce chirurgicznéj. Kol. Z. zagaja swój referat poglądem na dzieje chirurgii w ostatnim lat dziesiątku i kończy takowy twierdzeniem, że jeżeli chirurgija tegoczesna ma pierwsze miejsce w nauce i sztuce naszéj, zawdzięcza to genijalnéj myśli, którą Lister złożył w swym opatrunku przeciwgnilnym. Kilka lat pracował już Lister i pisał o swojéj metodzie, nim w Niemczech uwierzono w jego pomysł. ale kto wie jakiemi drogami byłby poszedł nowy wynalazek, gdyby się nie był nim zainteresował drobnostkowo-krytyczny duch niemiecki. Rozwój swój i udoskonalenie zawdzięcza metoda przeciwgnilna przeważnie chirurgom niemieckim, których główna zasługa w ciągłém upraszczaniu opatrunku. Tutaj referent przechodzi historycznie wszystkie środki dezinfekcyjne będące podstawą opatrunku przeciwgnilnego, jak kwas karbolowy, tymol, *Ol. eucalypti*, kw. salicylowy, borowy, chlorek zynku, a wreszcie ostatni, wielce obiecujący środek: jodoform. Dr. Z. cytuje dotychczas ogłoszone prace co do użycia tego środka zastanawia się obszerniéj nad publikacyjami prof. Mosetiga i Dra Mikulicza, a następnie na podstawie obcych i własnych doświadczeń formułuje zapatrywania swoje na nowy ten środek dezinfekcyjny w następujących punktach:

1) Najważniejszą dla praktycznego lekarza własnością jodoformu jest łatwość zastosowania tego środka. Nie potrzeba tu żadnych skomplikowanych opatrunków, bo jodoform działa przez proste zetknięcie się z raną. Gaza jodoformowa własnéj fabrykacyi referenta okazała się praktyczniejszą niż wata jodoformowa, która nie dosyć dobrze osusza ranę. Laseczki jodoformowe praktyczniejsze z kleiną niż z masłem kakaowém, ostatnie bowiem zbyt szybko się rozpuszczają.

2) Szczególniejszą doniosłość antyseptyczną ma jodoform w leczeniu ran jamistych, dokąd zwykłym opatrunkiem dotychczas dotrzeć było bardzo trudno.

3) W wielkich ilościach jodoform sprawia zatrucie, niektóre organizmy nawet w małych stosunkowo ilościach już oddziaływają, mianowicie przy ranach jamistych. Ref. używanie wielkich ilości uważa za zupełnie zbyteczne ze względu na trudną i powolną rozpuszczalność jodoformu.

4) Bez opatrunku przeciwgnilnego *à la* Lister, leczenie ran jodoformowe obyć się może, ale wcale nie wyklucza ostrożności, dotychczas przy antyseptyczném operowaniu za konieczne uznanych.

5) Swoiste działanie jodoformu w sprawach gruźliczych miejscowych nie jest jeszcze dostatecznie udowodnioném, ani téż referent nie miał sposobności o tém się przekonać.

6) Przebieg gojenia się ran świeżych pod jodoformem zwykle bywa bezgorączkowy, lub téż towarzyszy mu tylko gorączka aseptyczna.

Każdy z powyższych punktów referent rozbiera szczegółowo, a pomijając milczeniem własną swoję kazuistykę, wzywa obecnych kolegów, aby każdy swojemi spostrzeżeniami przyczynił się do urozmaicenia dyskusyi nad tym przedmiotem.

Kol. Koszutski zabierając głos nadmienia, że używał u kobiet i dzieci jodoformu, gdzie tylko chorzy i ich otoczenie godzić się zechcieli z niemiłym zawsze jeszcze, mimo wszelkich odwietrzań — a zresztą tak wyśmienitym, lekiem.

Celem odwietrzenia używał obok *faba tonca* — jeszcze tymolu (0,1 w 1,0 jodoformu), któren lek przerzeczony w działaniu wspiera. Zastanawiając się nad formułą jodoformu CHI_3, nadmienił, że środek ten działał gdy go stosował antyseptycznie, chłonąco i znieczulająco. I tak pierwsze następowało prawdopodobnie przeważnie przez CH, węglowodory będące także głównym składnikiem terpenów ($C_{10}H_{16}$), drugie zaś w skutek obfitéj ilości jodu, bo przeszło $^9/_{10}$ części wagi (90.7 Gewichtstheile) jodoformu wynoszącéj. Jodoformu używał: *a)* w najrozmaitszych obrzmieniach gruczołów chłonicznych u dorosłych, u dzieci, *b)* w zołzach (obok dyjety antyskrofulicznéj) i rozmaitych objawach tychże, jak *spina ventosa*, *caries*, fistułach itd., *c)* w odmrożeniu rąk i nóg drugiego i trzeciego stopnia, *d)* w obrzmieniach i bolesności stawów w gośćcu, żdnie nożnéj (podagra), *e)* w uchotoku u dzieci (*otorrhoea*), *f)* w cierpieniach długotrwałych macicy itd. W wszystkich tych przypadkach jodoform wywiązywał się z swego

zadania jak najlepiéj. Zatrucia jodoformem nie uważał dotąd wcale; wewnętrznie zaś nie stosował go dotąd jeszcze i nie ma do drogi téj zaufania.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

Długoletni pobyt w Turcyi, służba w armii i praktyka cywilna, a z niemi potrzeba częstego przebiegania obszernych prowincyj, pozwoliły mi ściśle się zapoznać z rozmaitemi warstwami społeczeństwa miejscowego, a głównie przekonać się o dzisiejszym stanie medycyny w ogóle i praktyki położniczéj w szczególe. W wędrówkach moich po mało znanych prowincyjach, z niejednym ciekawym spotkałem się szczegółem. Kierując się zaś zawsze zdaniem Lessinga: „że najszlachetniejszém zajęciem człowieka — jest człowiek-kobieta,“ badałem w charakterze leczącego tę piękną część naszego rodzaju i zebrane notaty, ugrupowawszy w jedną całość, odważam się przedstawić czytelnikowi, w zamiarze wykazania tak dobréj jak i naganněj strony stosunków zdrowotnych w Turcyi.

W żadném jednak zajęciu fachowém, czy to w lecznicach, lub téż na polu walki, uczucie człowieka nie bywa tak silnie podrażnioném jak w obec przypadków położniczych. Nigdzie bowiem rodząca kobieta nie bywa narażoną sna tyle niebezpieczeństw jak właśnie w Turcyi, gdzie niesienie rozsądnéj pomocy, opartéj na naukowych podstawach, potyka się co krok z przesądami, ogólną ciemnotą, a nie-mniéj téż i z nadzwyczajnym wstrętem ku lekarzowi ze strony ludności, nie zgadzającéj się na obecność lekarza przy położnicach, ginących bardzo często jedynie tylko z powodu że są kobietami. Jednakże obowiązki sumienia nie pozwalają nam pozostawać obojętnymi w obec stanu cierpień, wtedy gdy znane środki mogą przynieść wielką pomoc w sprawie reprodukcyi rodzaju ludzkiego.

Zastósowanie jednak tych pomocy nie bywa tu rzeczą łatwą. W kraju bowiem jest bardzo mało lekarzy akuszerów, a przynajmniéj jest bardzo mało takich, co się zajmują tą gałęzią specyjalnie. Powodem do tego bywa najczęściéj brak praktyki. Wszystko to uwzględniając nie zrażałem się jednak. Postawiwszy sobie za cel zwalczać ogólną ślepotę i wiarę w przesądy, nie wątpiłem, że gdy tylko przedstawią się odpowiednie przypadki, korzyści téj tak jasnéj gałęzi medycyny nie jednego wyprowadzą z błędu i będą należycie ocenione.

Lecz jak się wziąść do tego? Jakiém powinno być postępowanie lekarza w obec przesądów i zwyczajów krajowych? To jest najważniejsza kwestyja, to zagadka, któréj rozwiązanie pozostaje zawsze jeszcze ciemném i nieokreśloném. Dla dokładniejszego więc zapoznania się z miejscowemi danemi dotyczącemi praktyki położniczéj, postaram się wprowadzić czytających w koła rodzin chrześcijańskich i do haremów, podam sposoby zdobycia zaufania, pozwalającego działać stósownie do okoliczności i spełniać wszelkie wskazania, jakich wymaga stan kobiet tutejszych, przed zamążpójściem, podczas ciąży, porodu i w okresie po nim następującym.

Na wstępie winienem uprzedzić, że jeżeli dobra konduita lekarza jest wszędzie niezbędną, to na Wschodzie starania o własną opiniję wymagają jeszcze większéj oględności, mianowicie gdy chcemy leczyć płeć piękną, lub oddać się praktyce położniczéj. Pozostawiając na uboczu wiek lekarza, odgrywający wielką rolę w zyskaniu ogólnego zaufania, wypada mi wspomnieć o kilku innych warunkach, które na pozór nic nieznaczące, wywierają jednak wpływ niezaprzeczony na usposobienie ludności wschodniéj. Dotyczy to mianowicie powierzchowności lekarza. Stroju wschodniego i zbyt wyszukanéj toalety wykwintnéj i owieszania się ozdobami złotniczemi należy stanowczo unikać. Każdy bowiem z tych warunków wzbudza zaraz w umysłach początek niewiary i pozwala przypuszczać, że lekarz stara się przeniknąć do kół rodzinnych w innym zamiarze, jak samego leczenia chorych. Lecz za to nadzwyczajna czystość jest tu bardzo cenioną. Ręka mająca mieć bezpośredni stosunek z chorym powinna być szczególnie pielęgnowaną. Kolor czarny ubrania (mianowicie tak zwana „stambulinka“) jest najodpowiedniejszym, byleby tylko był prostym i szczególnie czystym. Do tych wszystkich warunków dobrze jest jeszcze dodać i brodę, nadającą lekarzowi większą powagę, wejrzenie człowieka starszego wiekiem, a ztąd i maskującą niejako młodość, na którą mieszkańcy Turcyi zwracają bardzo wielką uwagę. I w istocie na potwierdzenie znaczenia przypisywanego brodzie mogę to tylko powiedzieć, że lekarze noszący ją bezwarunkowo większą posiadają praktykę od tych, którzy nie chcą wierzyć w znaczenie téj ozdoby męzkiéj twarzy.

Warunki wynikające ze stosunków ze światem, wymagają od lekarza w Turcyi zaniechania ile możności widowisk, balów, a mianowicie gry w karty. Uczęszczanie do kawiarni, na zbyt ludne spacery itp., są to warunki bardzo szkodliwe dla chcącego zyskać sobie ogólne poważanie. Prócz tego lekarz żonaty zwykł się cieszyć większą względnością. Nawet w znacznéj ilości narad pierwsza kwestyja najbardziéj intrygująca chorą jest ta, czy lekarz jest kawalerem, czy téż ojcem rodziny, tak jakby to było podstawą całego fachowego uzdolnienia. Nieraz téż w podobnych przypadkach niespodzianie zagadnięty musiałem improwizować i przedstawiać się jako posiadający żonę, a co najważniejsza to i gromadę dzieci. Samo zachowanie się lekarza w stosunkach towarzyskich wymaga także zwrócenia na się wyłącznéj uwagi. Lekarz zawsze powinien okazywać charakter spokojny, będąc w towarzystwie szukać rozrywki z osobami poważnemi, a jeżeli można to i wykształconemi; winien unikać egzaltacyj, mówić mało i to z całym spokojem i zimną krwią. Dodam jeszcze, że długie czuwanie w nocy często do świtu, jak to ma miejsce w pewnych kołach towarzyskich w Turcyi, powinno być stanowczo unikaném. Słowem lekarz przez swą powierzchowność, zachowanie się i stosunki, winien wyrobić o sobie ideę człowieka wykształconego, dobrze wychowanego, spokojnego, bez pretensyj i widocznych wad. Być bardzo może, że niektóre z powyżéj zacytowanych warunków wydadzą się nic nieznaczącemi dla ludzi talentu i zasługi, że te wszystkie towarzyskie wymagania dadzą się tylko spełnić przy pewnéj dozie filozofii i dobréj woli. Niemniéj jednak mogę zapewnić, że w pośród mieszkańców Turcyi najzdolniejsi lekarze często stali się ofiarami własnéj opieszałości w uwzględnieniu powyżéj zacytowanych wymagań. I przeciwnie znowu, cała koteryja tych tak zwanych empiryków, szarlatanów, słowem ludzi tytułowanych mianem „*chevalier d'industrie*“ odpowiadając ściśle wymaganiom towarzyskim w krótkim czasie zdołali sobie zyskać poważanie, reputacyję, a zatém i świetne powodzenie.

Wiadomo z praktyki, jak wielkiéj względności i starań wymaga zdrowie kobiety téj wiernéj towarzyszki mężczyzny w celu naszych usiłowań i prac. Niezależnie bowiem od cierpień właściwych obu płciom, na ileż to przyczyn chorobowych nie bywa narażoną kobieta w skutek delikatności swego ustroju, wielkiéj drażliwości systemu nerwowego i w następstwie sprawy trudnéj i niebezpiecznéj, jaką kwestyja reprodukcyi u niéj wywołuje. Z jakąż więc powagą powinny być dane starania wymagane przez młodą dziewczynę! Starania zaś te obejmują z jednéj strony pewne przepisy higijeny fizycznéj i moralnéj, niezbędne aż do epoki zamążpójścia; z drugiéj strony zastósowanie pewnych środków przeciwko cierpieniom wrodzonym lub nabytym w ciągu lat młodych.

Higijena fizyczna i moralna wymaga na Wschodzie, że każdym razem gdy w kole rodzinném spotkamy młodą dziewczynę uskarżającą się lub nie, winniśmy obserwować jéj ustrój, temperament, stan fizyczny i moralny i wcześnie wskazać rodzicom sposoby niezbędne i konieczne do zwalczenia wad młodéj osoby, mogących przejść niespostrzeżenie. Wiemy bowiem, że wady te, będąc zaniedbane, stają się coraz bardziéj groźnemi, późniéj niewyleczalnemi i w epoce dojrzałości bardzo szkodliwemi. Słowem, lekarz, nazywany domowym, szczerze powinien się zainteresować stanem młodéj dziewczyny, ażeby postawić ją, że tak powiem, w warunkach najkorzystniejszych i przygotować do sprawy reprodukcyi późniéj następującéj, w któréj sam może być powołany do niesienia pomocy. Wreszcie tego wymaga i interes samego lekarza. Rodzice bowiem oceniając starania, jakiemi córka ich jest otoczona, przejmą się uczuciem wdzięczności, pokładać będą większe zaufanie w lekarzu, i têm samém zapewnią mu powodzenie.

Muszę jednak przyznać, że wszystkie te tak zdrowe i pożyteczne przepisy, gdzieniegdzie tylko znajdują swe zastósowanie. Wychowanie bowiem dzieci jest tu zupełnie niepraktyczném i młoda dziewczyna już w kole rodzinném czerpie piérwsze zarodki złego! Bo rzecz to niezaprzeczona, że w społeczeństwie wschodniém, gdzie rodzice od najmłodszych lat poddają swe dzieci własnemu sposobowi życia, sycą je pokarmem tłustym, ciężkim, skomplikowanym i trudnym do strawienia, pozwalają używać napoi podniecających, a mianowicie czarnéj i bez cukru kawy, konsumowanéj tu w bardzo znacznéj ilości, tam nie spotkamy jak tylko ustroje przeważnie nerwowe, wątłe, drażliwe i w wysokim stopniu delikatne. Dzięki więc tymto szkodliwym danym, żadna z córek Wschodu nie czuje się zupełnie zdrową, nie siądzie do stołu z dobrym apetytem, ponieważ w ciągu dnia zwykło się pochłaniać znaczną ilość rzeczy słodkich lub innych przysmaków, zbytecznych i szkodliwych dla zdrowia. Rodzice jednak małą zwykli zwracać na to uwagę. Gdy bowiem dziecko nie uskarża się na żadne bóle, żadną widoczną zmianę, wszystko przypisuje się grze natury, żyjąc w przekonaniu, że z postępem w lata, stan podobny polepszy się bezwarunkowo.

Następstwa nieodpowiedniego żywienia dzieci zwiększają się jeszcze w skutek niestósownego stroju. Wiadomo, jak szkodliwy wpływ wywiera na rozwój ustroju młodéj dziewczyny noszenie gorsetów, opasek i t. p. maszyneryj. W towarzystwach więc wschodnich chrześcijańskich, hołdujących z zapałem obcym modom, na prawdziwe męczarnie bywa narażoną młoda osoba, któréj kibici uparto się nadać kształt i powab! Pośrednictwo i przedstawienia szkodliwego wpływu nic tu nie działa. Cytowanie przykładów dzieci z tureckich rodzin, świeżych, rumianych, nieskrępowanych obręczami mody, zawsze okaże się zbytecznym; i lekarz w obec oporu płci pięknéj prawie zawsze musi ustąpić z placu. Wprawdzie młode damy z Pery dość późno zwracają się ku gorsetom, stósownie do zwyczajów rozmaitych tu narodowości. Wielka liczba nie nosi ich nawet. Jednakże oględność jednych nie zwykła zabezpieczać od złego drugich. Turczynki zaś, choć podług zwyczaju, wieszają na się po kilka okryć, to jednak strój ich musi być nazwany lekkim, ponieważ w nim głównie figurują perkalina i tkaniny jedwabne. Szyja i pierś Turczynki bywają stale odkryte, noga obnażona. Zgrabny zaś pantofelek, lub z całą fantazyją ułożone fałdy „Jaszmaku“, nie wystarczają do zabezpieczenia się od zimna.

Jednym z warunków podkopujących zdrowie mieszkańców Turcyi jest brak ruchu. W. ogóle dzieci do 8 lub 10 roku życia są skazane pozostawać w domu, siedzieć przy matce i bawić się tylko drobiazgami, w jakie pieczołowitość rodziców je zaopatrzyła. Dziecko tureckie n. p. nie zwykło wychodzić z haremu, nie tylko po za jego obręb, ale nawet na korytarz. I te to właśnie przesadne ostrożności dają zwykle najgorsze rezultaty. W tychto właśnie rodzinach zwykło się uważać dziewczynki małe, szczupłe i choć może i cieszące się znośnym zdrowiem, to jednak przedstawiające układ mięśniowy wątły, kolor powłok zewnętrznych blady, a tułów i odnogi zniekształcone, w sposób więcéj lub mniéj widoczny. Nieco późniéj, brak ruchu młodéj dziewczyny tłumaczy wychudnięcie szyi, a głównie brak rozwoju sutków, zdających się być dotkniętemi stanem zaniku. Téj wdzięcznéj ozdoby kobiety, tego narządu niezbędnego do czynności, do jakich natura go przeznaczyła, brakuje najczęściéj u kobiet w Turcyi, tak, że młode dziewczęta bywają tu podwójnie zaatakowane: najprzód na ustroju i zdrowiu, a następnie we własnéj miłości, dla braku rozwoju jednego z wdzięków właściwych ich płci. Zupełnie jednak w odmienném świetle przedstawia się tu dziewczyna z ludu, dająca niezaprzeczony dowód, jak pożytecznemi dla zdrowia są praca i ruch odpowiedni.

Wypada mi jeszcze zacytować jeden z warunków najszkodliwszych i najniebezpieczniejszych dla zdrowia młodych dziewczyn w Turcyi, na nieszczęście warunek bardzo pospolity, jakim jest onania. Wprawdzie straszny ten nałóg bywa daleko częstszym w pośród chłopców. Lecz dla zdania sobie sprawy o jego częstości pośród młodych dziewcząt, wypada tylko uwzględnić brak ruchu, ich życie siedzące, próżnowanie aż do znudzenia a głównie zaufanie i ślepa wiara matek z całą opieszałością pozostawiających swe córki samotnemu pędzeniu długich godzin czasu. Gdy więc uwzględnimy brak opieki ze strony osób, dla których zdrowie własnego dziecka zdawałoby się być największym skarbem, nie zdziwimy się, spotykając młode osoby jakkolwiek strojne w to wszystko, co tylko przepych wschodni mógł wynaleść, jednak ze zdrowiem podkopaném, prowadzącém zwykle ku rozwojowi chorób najczęściéj niewyleczalnych, jak białe upławy, macinnictwo, hypochondryja, padaczka a wreszcie i pomięszanie umysłu! Tutaj to więc rozsądne i oględne pośrednictwo lekarza okaże się prawdziwie zbawienném. Bo wtedy gdy rodzice zwykli się ograniczać do przedstawień i wyrzutów tylko, lekarz wyrazami bardziéj trafiającemi do przekonania może wywrzeć bardzo silne wrażenie i sprowadzić widoczną zmianę w postępowaniu młodéj dziewczyny.

Rozwój rozmaitych pojawów dojrzałości, czyszczeń mie-

sięcznych, wywołujących często zmiany chorobowe więcéj lub mniéj groźne, to kwestyja, w któréj mieszkanki Turcyi stale zwracają się do lekarza. Kobietom wschodnim bardzo się podoba, gdy medyk wyjaśnia im pojawy zachodzące w narządzie płciowym, a głównie gdy rozprawia z niemi o sprawie czyszczeń okresowych. Sprawa ta bowiem przeważnie je interesuje. I podług mych własnych spostrzeżeń doszedłem do przekonania, że pomimo, że kobieta odbędzie okres swych czyszczeń w sposób najprawidłowszy, i choć siedlisko jéj przejściowego cierpienia jest bardzo dalekiém od narządu płciowego, to jednak nigdy nie będzie zadowoloną z porady lekarza, jeżeli ten ostatni choćby pobieżnie nie zwrócił uwagi na ważną kwestyję czyszczeń i nie pospieszył ze wskazaniem pewnych środków, mniejsza o to czy koniecznie potrzebnych. Kwestyja więc regularności czyszczeń miesięcznych a jeszcze bardziéj powstrzymywanie téj funkcyi, to przedmiot zawsze przeważnie interesujący ogół kobiet wschodnich. Biada więc lekarzowi lekko traktującemu te sprawy! Kobiety bowiem tutejsze niezwykły przebierać w środkach. Nie będąc zadowolone z rady i wskazań lekarza, nie zaniechają zwrócić się do „specyjalistów-szarlatanów“, którzy gotowym zawsze kordyjałem zwącym się *„Elixir de proprieté“*, lub czémś energiczniejszém jeszcze, zdołają prędko uczynić zadość wymaganiom kobiecym. Przy téj okazyi nie podobna mi nie wspomnieć o pewnym Sulejmanie Effendim, hiszpańskim żydku, który nie tylko zebrał sobie sporą pończochę złotych lir tureckich, ale co większa przez swe stósunki z damami wyższych klas społeczeństwa miejscowego w taką wzbił się dumę, że żadna z potęg rządzących nie była w stanie położyć tamę niecnym jego eksploatacyjom! W malenkiéj swéj i bardzo skromnéj budzie Sulejman Effendi nie tylko był odwiedzany przez greczynki i ormianki, kryjące swe wdzięki pod czarnym koronkowym welonem, ale często i śnieżnéj białości „Jaszmak“, pałacowa kareta, lub barwnych kolorów jedwabna „Teradza“, nie wzdrygały się przejść po za próg brudnego kramiku. Tutaj to, z całą wschodnią gościnnością, wydawano, z wielkich czarnych gąsiorów płyn uważany za zbawienny; wybiegłe z haremowych klatek piękne okazy syciły się nim do woli, i dobrze wynagradzając hiszpańską przebiegłość, nie dbały o to czém są traktowane, byleby tylko mieć pożądany skutek. Często jednak były to skutki bardzo przerażające. Pociągnąć jednak do odpowiedzialności Sulejmana Effendiego nigdy się nie odważono. I kramik jego egzystuje do dziś dnia, pomimo nawet wszelkich usiłowań ze strony zarządu służby zdrowia.

Tego rodzaju postępowanie ze strony matek i córek, przy najgorszych warunkach higijenicznych sprzyjają bardzo rozwojowi krzywicy, choroby nadzwyczaj częstéj w pośród dzieci urodzonych na Wschodzie, tak nawet pospolitéj, że rodzice nie zwracają na nią uwagi, nie szukając pomocy i będąc niejako przyzwyczajeni widzieć swe dzieci bardzo późno zaczynające chodzić. Fakt ten codziennie dający się sprawdzić przytaczam tylko, nie wdając się w wymienianie skutków zbyt dobrze znanych, i jeżeli gdzie to na Wschodzie bardzo trudnych do usunięcia. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 lutego umarło w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców 22,9 (31,3 z. t.) Z ospy umarło 1 (3 z t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z dławca 2 (2 z t.), z duru osutkowego 2 (0 z t.), z róży 1 (0 z. t). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospy, 1 płonicy, 1 dławca, 2 róży, 1 duru brzusznego, 32 duru osutkowego (21 z kryminału, 1 z aresztu miejskiego, 2 ze szpitala św. Łazarza, 1 z Pędzichowa, 5 z Kazimierza, 2 z Podgórza). W tygodniu od 22 do 28 stycznia ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 520, świeżo zapadło 83, umarło 24. W Wiedniu i Petersburgu umarło po 15, w Pradze 8, w Warszawie 33, w Murcyi 5, w Paryżu 15, w Budapeszcie 9. Odra złagodniała w Wiedniu, Londynie i Liverpolu, w Chrystyjanii umarło 24, świeżo zapadło 03. Z krztuśca umarło w Londynie 175. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 18, w Granadzie 3, w Wiedniu i Budapeszcie po 2, w Pradze, Amsterdamie, Londynie, Warszawie, Odesie, Maladze, Murcii po 1. W miastach większych Ameryki Północnéj umarło bardzo wiele przy końcu roku 1881 z ospy.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 stycznia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,3; we Lwowie 31,5; w Poznaniu 26,6; w Wiedniu 28,8; w Budapeszcie 40,9; w Pradze 29,1; w Berlinie 2?,7; w Wrocławiu 31,1; w Gdańsku 23,5; w Mnichowie 33,7; w Dreznie 24,8; w Lipsku 24,4; w Bazylei 24,5; w Brukseli 23,3; w Amsterdamie 25,4; w Hadze 26,9; w Paryżu 29,6; w Londynie 26,4; w Kopenhadze 25,0; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 32,0; w Petersburgu 36,4; w Odesie 30,7; w Wenecyi 33,1; w Bukareszcie 23,4; w Aleksandryi 33,3; w Nowym Yorku 32,3; w Filadelfii 20,7; w Bombaju 34,2. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 marca. Sprawa Wydziału lekarskiego we Lwowie znów była przedmiotem rozpraw w Radzie Państwa na 204 posiedzeń, odbytém w dniu 4 bm. Przy sposobności rozpraw nad budżetem Ministerstwa oświaty Wydział budżetowy wniósł następującą rezolucyję: „Wzywa się Rząd, aby w myśl rezolucyj Izby poselskiéj z d. 2 marca 1872, 12 maja 1879 i 22 kwietnia 1880 r. przystąpił do uzupełnienia Uniwersytetu lwowskiego Wydziałem lekarskim, i aby w tym celu, o ile to jest możebném, już w budżecie na r. 1883 odpowiednią kwotę zamieścił“. Poczém zabrał głos poseł styryjski Dr. Rechbauer, twierdząc, że nie widzi potrzeby Wydziału lek. we Lwowie, ponieważ na Wydziale lek. w Krakowie zapisanych jest około 160 słuchaczy, a więc napływu nie ma wcale. Daléj przypomina historyję powstania Wydziału lekarskiego w Gracu. Otóż Wydział krajowy zobowiązał się płacić rocznie 3000 zła., miasto Grac zapłaciło jednorazowo 8000 zlr., a styryjska Kasa oszczędności pokryła koszta urządzenia, które wynosiły 20,000 zła. Oprócz tego Styryja zobowiązała się płacić 300.000 zła. na budowę akademii technicznéj. — Cyfry te są bardzo wymowne, o ile dowodzą, że i zaprowadzenie Wydziału lek. we Lwowie nie obeszłoby się bez znacznych ofiar ze strony kraju. — W odpowiedzi Rechbauerowi poseł nasz Hausner podał, że na Wydział lekarski w Krakowie uczęszcza 200 słuchaczy. Otóż i ta cyfra nie zgadza się z prawdą. Przypominamy, że w Nrze 50 tygodnika naszego w r. 1881 sprostowaliśmy cyfrę tę i podaliśmy na podstawie wykazu urzędowego, że w półroczu bieżącém Wydział lek. w Krakowie liczy 238 uczniów zwyczajnych i 21 nadzwyczajnych. A nie wątpimy, że liczba ta od owego czasu jeszcze się zwiększyła, przynajmniéj pod względem uczniów nadzwyczajnych. Szkoda, że p. Hausner nie postarał się o cyfrę prawdziwą, aby prawdziwy stan rzeczy wyświecić!

* P. minister oświaty w kredycie dodatkowym na r. 1882 umieścił kwotę 1620 zła. na utworzenie nadzwyczajnéj profesury farmakologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Izba poselska zgodziła się na kredyt dodatkowy, — tym sposobem mianowaniu kandydata przez Wydział lek. jeszcze w roku przeszłym przedstawionego nic nie stoi na przeszkodzie, i dla tego nominacyi téj niezadługo spodziewać się należy. Ustanie nareszcie prowizoryum, trwające po części od śmierci śp. prof. Skobla; prowizoryjum zaś trwało tak długo, ponieważ przedmioty wykładane przez prof. Skobla wypadało podzielić między dwóch profesorów, z których wedle zwyczaju zaprowadzonego na innych uniwersytetach przedlitawskich (z wyjątkiem Wiednia) jeden jest zwyczajnym, a drugi nadzwyczajnym. Ponieważ już dawniéj mianowany został zwy-

czajny profesor patologii ogólnéj, więc mianować się mający profesor farmakologii musi być nadzwyczajnym. W Gracu zachodzi stosunek odwrotny; tam katedrę zwyczajną uzyskał farmakolog a nadzwyczajną patolog.

* Dowiadujemy się, że Wydział gospodarczy III Zjazdu lekarzy i przyrodników zarządził powtórne wydanie Dziennika Zjazdu, którego nakład był wyczerpany i prenumeratorom drugiego wydania został już Dziennik przesłanym.

* Celem sporządzenia ponownego spisu lekarzy krakowskich, ich miejsca zamieszkania i godzin ordynacyjnych, uprasza się o podanie szczegółów na ręce sekretarza Tow. lek. Dra Jana Rosnera.

* Gorliwy współpracownik nasz Dr. St. Smoleński, lekarz kąpielowy i kierownik zakładu wodoleczniczego w Jaworzu (Ernsdorf, pod Bielskiem, na Szlązku austr.), objął współpracownictwo tygodnika *Centralblatt für klinische Medicin* w Bonn wychodzącego z obowiązkiem zdawania w tymże sprawy z bieżącéj literatury klinicznéj polskiéj. Autorowie polscy zapewne nie omieszkają nadsyłać Drowi Smoleńskiemu prac swoich w odbitkach w celu rychłego zdania sprawy z nich w Centralblacie.

* Otrzymaliśmy następujące sprawozdanie z prośbą o umieszczenie:

Wydział medyczny Towarzystwa Naukowego Akademików Polaków w Berlinie rozpoczął działalność swą dnia 1go grudnia zeszłego roku i liczył w początku 18tu członków. W ciągu półrocza wystąpił jeden, tak iż obecnie należy do wydziału 17tu. Posiedzenia odbywały się raz w tygodniu, na których zajmowano się odczytami i wykładami terminologicznemi polskiemi. W czasie od 1go grudnia do końca półrocza następujący koledzy wygłosili swe odczyty: 1. kol. Spychalski: „O ciepłocie ustroju zwierzęcego"; 2. kol. Trzciński: „Ogólny pogląd na anatomiję porównawczą przewodu pokarmowego"; 3. kol. Wróblewski: „O cholerze indyjskiéj"; 4. kol. Jankowski: „O kołtunie" 5. Kołodziéj: „O torbielach i torbielakach jajnikowych i o owaryjotomii czyli sposobie ich wyłuszczania"; 6. J. Panieński: „Ogólny pogląd na historyję medycyny do końca wieku 17go"; 7. Pomorski: „Pogląd anatomiczny na kanał pachwinowy i udowy". Oprócz odczytów tych miewano na każdém posiedzeniu wykłady z anatomii, celem przyswojenia sobie terminologii polskiéj. Biblijoteka medyczna, dość szczupła w początku, powiększyła się o kilka dzieł, które Wydziałowi przesłano; mianowicie składamy p. Dr. Wicherkiewiczowi z Poznania, p. Dr. Wasserzugowi z Warszawy i p. Przepierzyńskiemu z Mroczenia niniejszém serdeczne dzięki. Do zarządu wydziału na czas półrocza zimowego należeli kol. Fr. Jankowski jako prezes, kol. Wróblewski jako pisarz i kol. K. Spychalski jako skarbnik. Na przyszłe półrocze letnie wybrano kol. A. Kołodzieja prezesem, kol. K. Wróblewskiego pisarzem i kol. J. Trzcińskiego skarbnikiem. Załączając przytém adres pisarza Wydziału N. kl. Hamburgerstr. 25 A. III, prosimy szanownych Panów kolegów o łaskawą pamięć o Wydziale.

Franciszek Jankowski przewodniczący. *K. Wróblewski.* Pisarz.

* **Warszawa**. Czytamy w *Kuryjerze Warszawskim*, że na jednem z ostatnich posiedzeń Towarzystwa lekarskiego warszawskiego wybrano na członków honorowych Towarzystwa uczonych szwedzkich prof. Retziusa i Keya.

* *Medycyna* donosi, iż Dr. L. Lesser, docent chirurgii w Uniwersytecie lipskim, otrzymał od Ministeryjum spraw wewnętrznych pozwolenie wykonywania praktyki lekarskiéj w granicach państwa rosyjskiego bez poprzedniego składania egzaminu w jednym z rosyjskich uniwersytetów, a to na zasadzie zasług położonych na polu naukowém, oraz przebytych już egzaminów dozwalających mu praktykować w Niemczech.

* W ostatnim numerze berlińskiéj *D. med. Woch.* znajduje się list sarkastyczny p. t. „nowe tryjumfy naciągania", napisany przez lekarza, który się ukrywa pod pseudonimem Dra Dehnera. Piszący podaje, że idąc w ślady Benedicta we Wiedniu naciągał moczowody w 20 przypadkach zaniku ziarnistego nerek ze skutkiem stanowczym. Wprawdzie raz moczowód mu się przerwał, ale operujący założył przetokę brzuszno-moczowodową. W przypadku, który zakończył się śmiercią z udaru mózgowego, piszący znalazł w nerce zanikowéj nowoutworzone komórki przybłonkowe, z czego wynika, że zabieg chirurgiczny wywołał stan drażnienia w nerce, który pociągnął za sobą nowoutworzenie się przybłonka. Zachęcony tém powodzeniem w zaniku nerek operator naciągnął już i przewód wątrobowy w przypadku marskości wątroby i zamierza przystąpić do naciągania nerwów błędnych i oskrzeli w przewlekłych przypadkach zaniku płuc; wreszcie zapytuje się, czy nie możnaby uleczyć obłąkania porażennego przez proste wyjęcie zęba, w którém nie obejdzie się przecież bez naciągania odnośnych gałązek zębowych?

Redakcyja zapewnia, że list ten pochodzi od znakomitego newropatologa, a z treści jego widoczna, że piszący miał zamiar wychłostać jenijalne niedorzeczności prof. Benedicta we Wiedniu, który niedawno w liście ogłoszonym w *Centralbl. f. Nervenkr.* wspomniał był, że w pewnym przypadku wiądu rdzenia pacierzowego po naciąganiu, wprawdzie przy sekcyi znalazł zwykły obraz anatomiczny, lecz że widział, jak sród ruin nerwowych nowe wykwitało życie.

* Prof. Liman w Berlinie, którego sprawa o obrazę homojopatów, już kilkakrotnie sądzoną była, ponownie został uniewinnionym.

* Jak donosi *Berl. klin. Woch.* odnaleziono w Pradze czeskiéj u tandeciarza tablice anatomiczne Vesala (sporządzone według rysunków Tiziana). Z tablic tych istniały dotychczas tylko dwie, reszta uchodziła za niepowrotnie zaginioną.

* **Mianowania i odznaczenia**. Katedrę opróżnioną po Spiegelbergu we Wrocławiu ostatecznie przyjął i otrzymał prof. Fritsch z Hali.

* **Wiadomości osobowe**. Lekarz powiatowy w Samborze, Dr, Franciszek Turek, przeniesiony na własną prośbę w stan spoczynku otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa w uznaniu długoletniéj i skutecznéj działalności w publicznéj służbie zdrowia.

Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Czesław Górski rodem z Bochni.

* **Nekrologija**. D. 2 marca umarł w Wiedniu z porażenia serca radca dworu, prof. Dr. Wojciech Duchek, w 58 roku życia. Zmarły urodził się d. 1 grudnia 1824 r. w Pradze czeskiéj, gdzie ojciec jego był lekarzem praktycznym; tamże uzyskawszy stopień doktora w r. 1848 był zrazu sekundaryjuszem w zakładzie dla obłąkanych, a potém asystentem prof. Hamernika; po napisaniu kilku rozpraw naukowych, zwłaszcza o atrofii postępującéj mięśni i o szkorbucie, powołany został w r. 1855 jako profesor kliniki wewnętrznéj do ówczesnéj akademii chirurgicznéj we Lwowie, a w rok późniéj do Heidelbergu. W r. 1858 mianowany został profesorem w akademii jozefińskiéj w Wiedniu, a po ustąpieniu Skody objął katedrę jego w Wydziale lek. Uniwersytet wiedeński traci w nim jednego z najlepszych profesorów, uczniowie i chorzy opiekuna życzliwego, a nauka dzielnego badacza. Pogrzeb Ducheka dowiódł, jak wielce był czczony nieboszczyk i kochany. Przeszło 2000 słuchaczy wszystkich akademij wiedeńskich oddało cześć ostatnią zmarłemu profesorowi; nie brakło též reprezentantów Rządu i Parlamentu; pomiędzy ostatnimi deputacyja czeska z Drem Riegerem na czele stanowiła dowód, że Duchek nie przestał być Czechem, pomimo długiéj nieobecności w ojczyźnie swojéj; to též Časop. lék. česk. poświęca mu wspomnienie zaszczytne.

We Wiedniu umarł Dr. Leon Lande, pomocnik lekarza powiatu warszawskiego, w powrocie z Włoch; w Warszawie zaś Dr. Andrzej Wierzbicki, lekarz praktykujący w Woroneżu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

w *Medycynie* Nr. 8: Florkiewicza: Spostrzeżenia z praktyki prywatnéj i szpitalnéj I Rak pierwotny całego płuca; w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 9: Heringa: O wynikach mechanicznego leczenia zwężeń krtani; Sokołowskiego; W sprawie leczenia klimatem swojskim (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. TAMASSIA (w Pawii): La putrefazione dell'utero. Reggio nell Emilia 1882. (Osobne odbicie z „Rivista sper. di med. legale") in 8vo str. 22.

Dr. Alfred SOKOŁOWSKI (w Warszawie): Sprawozdanie szpitalne z oddziału dla chorób piersiowych i gardlanych przy szpitalu św. Ducha w Warszawie. (Odbicie z „Gaz. Lek." 1881) in 8vo str. 12.

Tenże: Spostrzeżenia kazuistyczne ze szpitala św. Ducha w Warszawie. (Odbicie z „Medycyny" 1881) in 8vo str. 16.

Prof. Dr. M. KAPOSI: Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für pract. Aerzte u. Studirende. 2te verbess. u. vermehrte Aufl. I Hälfte (1—27). Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1882, 8vo m. p. 432.

Piśmiennictwo lekarskie. HOUZÉ de l'AULNOIT A. Thérapeutique chirurg. Des pansements à la période ischémique, àl'aide de l'élévation verticale du membre. 8. Paris, J. B. Baillière. Fr. ½.

HUSEMANN Aug., A. HILGER u. Thdr. HUSEMANN. Die Pflanzenstoffe in chemischer, physiologischer, pharmakologischer u. toxikologischer Hinsicht. 2 Aufl. 1 Lfg. gr. 8. Berlin, Springer. M. 6.

KUNDRAT H. Die Porencephalie. Eine anatomische Studie. Mit 9 Tfln. Lex, 8. Graz, Leuschner et Lubensky. M. 9.

LUYS J. Le cerveau et ses fonctions. 4 éd. 8 Paris, Germer Baillière et Co. Fr. 6.

MIREUR H. La syphilis et les assurances sur la vie. 2 éd. 8. Paris Masson. Fr. 2.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dn. 15go b. m. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1. kol. prof. Browicz okaże i objaśni kilka zajmujących preparatów z Zakładu anatomii patologicznéj; 2. kol. prof. Korczyński poda „przyczynek do etyjologii i rozpoznania wrzodów gruźliczych pierwotnych w jelitach".

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Redakcyja Medycyny: Rozprawkę wysłaliśmy do Chersonu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

STARANIEM STOWARZYSZENIA

Do wydawnictwa dzieł lekarskich

W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) Dra Pawła Guttmanna. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem Dra A. Kremera i Docenta Dra St. Pareńskiego. Warszawa 1877. Cena 3 złr. 75 c.—2 Rs. 50 kop.

2) Dra Jana Steinera. **Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy.** Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr. — 3 Rs. 70 kop.

3) Dra Antoniego Jurasza, Profesora z Heidelberga. **Laryngoskopija.** Dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 złr. 25. c.

4) Dra Oskara Widmanna, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic.** Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.

5) Dra A. Rothego, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie. **Psychopatologija Forensis,** czyli nauka o chorobach umysłowych w zastósowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiém i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

6 Dra H. Jordana, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy.** Dział Iszy fizyjologija i dyjetetyka ciąży, porodu i połogu. Dzieło oryginalne z 44 drzeworytami. Kraków 1881 Cena 3 złr. 50 c.

Skład główny powyższych dzieł w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcyją

EDWARDA KLINKA.

Zeszyt I za rok 1882 wyszedł z druku i zawiera:

1) Rosenthal A. O zmianach mózgu przy chorobach zakaźnych.
3) Rumszewicz K. Przetrwanie błony źrenicznéj.
3) Erlicki A. O budowie pnia nerwu słuchowego.
4) Stankiewicz Władysław. Bąblowiec wątroby.
5) Klink E. O działaniu naftolu w chorobach skórnych.
6) Protokóły posiedzeń Towarzystwa od dnia 4 października 1881 r. do 1 Stycznia 1882 r.
7) Dunin T. Przypadek znieczulenia połowiczego u histeryczki.
8) Żórawski M. O zmianach kości ciemieniowéj, wywołanych zmianami objętości mózgowia.
9) Zapisy dobrowolne b. wychowańców Uniwersytetu Warszawskiego dla Towarzystwa lekarskiego.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.